

ITSENÄINEN JA RIIPPUMATON LÄÄKÄRI?
Lääkärin kliininen autonomia suomalaisessa lääkärin
etiikassa

Tuula Wahlman-Calderara
Teologisen etiikan ja sosiaalietiikan pro gradu -tutkielma
Lokakuu 2020

HELSINGIN YLIOPISTO – HELSINGFORS UNIVERSITET		
Tiedekunta/Osasto – Fakultet/Sektion Teologinen tiedekunta		Laitos – Institution Systemaattinen teologia
Tekijä – Författare Tuula Aulikki Wahlman-Calderara		
Työn nimi – Arbetets titel Itsenäinen ja riippumaton lääkäri? Lääkäriin klininen autonomia suomalaisessa lääkärin etiikassa		
Oppiaine – Läroämne Teologinen etiikka ja sosiaalietiikka		
Työn laji – Arbetets art Pro gradu	Aika – Datum Lokakuu 2020	Sivumäärä – Sidoantal 81
Tiivistelmä – Referat <p>Tämän tutkielman tavoitteena on selvittää, miten lääkärin kliinistä autonomiaa eli potilaan tutkimusta, diagnoosia ja hoitoa koskevaa itsenäisyyttä ja riippumattomuutta suomalaisessa lääkärin ammattietiikassa kuvataan, määritellään ja perustellaan. Aiemman tutkimuksen perusteella lääkärin kliinisen autonomian käsite on selkiytymätön jopa osalle lääkärikuntaa. Lähteenä tutkimuksessa on <i>Lääkäriin etiikka</i> -kirjan 7. painos vuodelta 2013. Kirjan katsotaan edustavan suomalaisten lääkärin ja hammaslääkärin ammattietiikkaa. Tutkimuksen metodina käytetään systemaattista analyysia.</p> <p>Tutkielman taustaluku kuvaa lääkärin etiikan historiaa ja kehittymistä, ja perehdyttää sen keskeisiin periaatteisiin. Lääkäriin etiikan perusteiden tuntemus on tarpeen, sillä lääkärin kliininen autonomia on sidoksissa lääkärin etiikkaan. Osoittautuu, että lääkärin etiikka on joutunut muuttumaan lääketieteen ja teknologian nopean kehittymisen ja potilaan itsemääräämisoikeuden vahvistumisen myötä.</p> <p>Tutkimuksen kolmannessa luvussa selvennetään aiheen kannalta keskeisiä moraalisen toimijuuden, lääkäriprofession eli lääkärin ammattikunnan ja ammattietiikan käsitteitä. Käy ilmi, että lääkärin kliininen autonomia on lääkärin moraalisen toimijuuden ja lääkärin tehtävän toteuttamisen ehto.</p> <p>Neljäs luku on tutkimuksen keskeisin sisältöluku. Luvun alussa muotoillaan lääkärin kliinisen autonomian määritelmä lääkärin ammattikunnan, professiososiologian ja lainsäätäjän määritelmiä apuna käyttäen. Pääosa luvusta keskittyy lääkärin kliinisen autonomian tarkasteluun analysoimalla sen suhdetta potilaaseen, lääkärin toimintaympäristöön ja lääkäriprofession <i>Lääkäriin etiikka</i> -kirjan valossa. Seitsemän tapausesimerkin avulla havainnollistetaan lääkärin kliinisen autonomian merkitystä lääkärin työssä ammattietiikassa annettuja ohjeita ja neuvoja esimerkkeihin soveltaen.</p> <p>Tutkimuksen kuluessa käy ilmi, että lääkärin kliinisen autonomian suhteessa potilaaseen korostuu suomalaisessa lääkärin ammattietiikassa kliinisen autonomian rooli potilas-lääkärisuhteen luottamuksellisuuden takaajana. Muutoin ammattietiikka ei ole kiinnostunut lääkärin kliinisen autonomian suhteesta potilaaseen eikä sen tarkastelemisesta lääkärin moraalisen toimijuuden ehtona. Tilanteen todetaan muuttuvan, kun huomio siirtyy lääkärin kliinisen autonomian suhteeseen lääkärin toimintaympäristöön. Havaitaan, että ammattietiikka katsoo useiden asioiden voivan vaarantaa lääkärin kliinisen autonomian tai pyrkiä rajoittamaan sitä. Tutkimuksessa päädytään johtopäätökseen, että <i>Lääkäriin etiikka</i> -kirja ei riittävästi selkiytä, miten lääkärin kliininen autonomia suhtautuu esimerkiksi resurssien rajallisuuteen tai hoitotapahtuman ulkopuolelta määrättyihin reunaehtoihin, joiden esitetään voivan rajoittaa lääkärin kliinistä autonomiaa. Lääkäriin kliinisen autonomian määritelmää ehdotetaan laajennettavaksi ja selkiytettäväksi tältä osin.</p> <p>Lääkäriin kliinisen autonomian ja profession suhteen tarkastelu johtaa lopulta johtopäätökseen, että luottamus on lääkäriprofession keskeinen arvo. Luottamuksesta puhuttaessa voidaan erottaa potilas, joka luottaa kliinisen autonomiansa varassa toimivaan lääkäriin, ja yhteiskunta, joka luottaa profession, jolle se on antanut tehtäväksi tuottaa laadukkaat ja eettiset terveydenhuollon palvelut. Koska yhteiskunta luottaa profession, se turvaa lainsäädännön kautta yksittäisen lääkärin kliinisen autonomian. Ammattietiikka korostaa lääkärin vastuuta ja velvoitteita, mikä sitouttaa profession jäseniä ammattikunnan käytänteisiin ja etiikkaan. Sitoutumalla profession velvoitteisiin ja etiikkaan yksittäiset lääkärit toteuttavat käytännössä yhteiskunnan haluamat laadukkaat ja eettiset terveydenhuollon palvelut. Yksittäisen lääkärin kliininen autonomia on näin välttämätön osa kokonaisuutta, jonka kautta lääkäriprofession toteuttaa yhteiskunnan sille antamaa tehtävää.</p>		
Avainsanat – Nyckelord autonomia, lääketieteellinen etiikka, käsiteanalyysi, professiot, ammattietiikka		
Säilytyspaikka – Förvaringställe Helsingin yliopiston kirjasto, Keskustakampuksen kirjasto, Teologia		
Muuta tietoa		

Sisällysluettelo

1. Johdanto	1
2. Eettinen toimintatapa osana lääkärin työtä – lääkärin etiikan kehittyminen ja perusteet.....	5
2.1. Lääkärin etiikan historiaa	6
2.2. Suomalaisen lääkärin toimintaa ohjaavat arvot ja periaatteet	9
3. Lääkäri moraalisenä toimijana	18
3.1. Moraalinen toimijuus ja autonomia.....	18
3.2. Professio, lääkäriprofessio ja professionalismismi.....	21
3.3. Ammattietiikka – lääkärin etiikka ja lääkärinvala.....	23
4. Riippumattomuus lääkärin etiikan edellytyksenä.....	25
4.1. Lääkärin kliininen autonomia	26
4.2. Lääkəriin yritetään vaikuttaa	31
4.3. Lääkäri, kliininen autonomia ja potilas	35
4.4. Lääkärin toimintaympäristö ja lääkärin kliininen autonomia	45
4.5. Lääkärin kliinisen autonomian suhde professioon	57
5. Loppukatsaus.....	66
6. Liitteet	73
Tekstien analyysissa käytetyt kysymykset	73
7. Lähde- ja kirjallisuusluettelo	74
7.1. Lähteet ja apuneuvot	74
7.2. Kirjallisuus.....	74
7.2.1. Painettu kirjallisuus	74
7.2.2. Artikkelit sanomalehdissä ja internetin uutissivustoilla	80
7.2.3. Painamaton kirjallisuus.....	81

1. Johdanto

Arkkiatri Risto Pelkonen on sanonut lääkärin työn olevan enemmän kuin ammatti. Hän on kuvannut sitä toiminnaksi hyvän puolesta pahaa vastaan.¹ *Lääkärin etiikka* -kirjassa lääkärin tehtäviksi määritellään ihmiselämän suojeleminen, terveyden edistäminen ja kärsimyksen lievittäminen.² Arkkiatrin mukaan arvot, jotka ohjaavat lääkärin toimintaa potilasta hoidettaessa, ovat hyvän tavoittelu ja vahingon välttäminen.³

Moraalin näkökulma on erottamaton osa lääkärin työtä ja toimintaa. Lääkäri sitoutuu lääkärinvalassa⁴ noudattamaan työssään lääkärin etiikkaa, ja eettiset periaatteet ja velvoitteet ohjaavat lääkärin toimintaa. Suomen Lääkäriliitto esittää ammattietiikan olevan lääkärin työn perusta.⁵

Suomalaisen lääkärin ja hammaslääkärin ammattietiikka on koottu Suomen Lääkäriliiton julkaisemaan *Lääkärin etiikka* -kirjaan.⁶ Veikko Launiksen mukaan lääkärin etiikan periaatteet antavat harvoin yksiselitteisiä ratkaisuja käytännön tilanteisiin.⁷ Lääkäri joutuu päätöksiä tehdessään ottamaan huomioon monia muitakin kuin vain lääketieteellisiä seikkoja. Hänen on oltava selvillä potilaan toiveista ja arvoista ja osattava tiedostaa esimerkiksi toimintaympäristönsä ja yhteiskunnan pyrkimykset vaikuttaa hänen toimintaansa tai rajoittaa sitä.⁸

Lääkärin huomion keskiössä on potilas. Lääkärin kliinistä autonomiaa pidetään edellytyksenä sille, että lääkäri voi aidosti edistää potilaansa hyvää.⁹ Lääkärin kliinisellä autonomialla tarkoitetaan tavallisesti lääkärin riippumattomuutta ja itsenäisyyttä. Lyhyesti se määritellään lääkärin riippumattomuudeksi ja itsenäisyydeksi päätöksenteossa, joka liittyy potilaan diagnoosin asettamiseen, tutkimuksiin ja hoitoon.¹⁰ Kielitoimiston sanakirja määrittelee autonomian itsenäiseksi asemaksi, omalakisuudeksi ja riippumattomuudeksi. Kliininen puolestaan tarkoittaa ”käytännölliseen lääkärintyöhön tai potilaiden hoitoon kuuluvaa”.¹¹

¹ Pelkonen 2015.

² Lääkärin etiikka 2013, 50.

³ Pelkonen 2013, 15.

⁴ Lääkärinvala.

⁵ Työn perustana vahva ammattietiikka.

Lääkärin ammattietiikkaa kutsutaan lääkärin etiikaksi. (Lääkärin etiikka 2013, 11.)

⁶ Lääkärin etiikka 2013, 5.

⁷ Launis 2013, 26.

⁸ Lääkärin etiikka 2013, 20; Hallamaa 2013, 21–22.

⁹ Pasternack 2017, 10.

¹⁰ Lääkärin etiikka 2013, 169.

¹¹ Kielitoimiston sanakirja.

Lääkäri on potilasta hoitaessaan itsenäinen ja riippumaton päätöksenteossa, lääkärin etiikan periaatteisiin ja velvoitteisiin sitoutunut, mutta tiedostaa potilaan häneen kohdistamat odotukset sekä toimintaympäristön ja mahdollisten muiden toimijoiden vaikutusyritykset. Hänen on myös osattava soveltaa ammattietiikkaansa yksilöllisesti ja luovasti aina uusissa ja ainutkertaisissa tilanteissa.

Lääkärin asema moraalisen toimijana ei ole yksinkertainen ja ristiriidaton. Lääkärin kliinisen autonomian edellyttämä riippumattomuus vaikuttaa olevan ristiriidassa esimerkiksi sen kanssa, että lääkärin tulee sitoutua yhteiskunnan hänelle asettamiin velvoitteisiin. Lisäksi toisten toimijoiden vaikutusyritykset uhkaavat itsenäistä päätöksentekoa. Mitä oikeastaan tarkoittavat lääkärin riippumattomuus ja itsenäisyys hoitopäätöksissä? Mistä lääkärin kliinisessä autonomiassa on kysymys?

Lääkärin kliininen autonomia on aiheena liian laaja ja monitahoinen opinnäytetyöksi sellaisenaan. Koska aihe liittyy kiinteästi lääkärin työhön ja toimintaan hänen harjoittaessaan ammattiaan, pidin perusteltuna rajata tarkastelun lääkärin ammattietiikan näkökulmaan. Lisäksi rajasin aiheen käsittelyn selkeyden vuoksi nimenomaan suomalaisen lääkärin ammattietiikkaan. Määrittelin tutkimustehtäväkseni selvittää, miten lääkärin kliinistä autonomiaa eli potilaan tutkimusta, diagnoosia ja hoitoa koskevaa itsenäisyyttä ja riippumattomuutta suomalaisessa lääkärin ammattietiikassa kuvataan, määritellään ja perustellaan.

Tutkimus kuuluu sosiaalietiikan alaan. Tutkimusmetodina olen käyttänyt systemaattista analyysia. Systemaattisessa analyysissa tarkastellaan tekstianalyyttisten menetelmien avulla tekstissä esiintyviä käsitteitä, väitteitä, argumentteja ja edellytyksiä ja pyritään löytämään tekstissä esiintyvät keskeiset käsitteet sekä selvittämään, mitä tekstissä väitetään. Analyysia on vaikeuttanut tekstien epäyhtenäisyys. Olen pyrkinyt saamaan teksteistä otteen ja hahmottamaan laajempia aihekokonaisuuksia esittämällä teksteille kysymyksiä.

Tutkimukseni lähde, *Lääkärin etiikka* -kirjan 7. painos vuodelta 2013, on Suomen Lääkäriliiton eettisen neuvottelukunnan¹² toimittama. Erona aiempiin painoksiin kirjan nykyisen painoksen toimitustyössä ja kannanottoja

¹² Suomen Lääkäriliiton eettisen neuvottelukunnan jäsenistössä on edustajat Suomen Lääkäriliitosta, Suomen Hammaslääkäriliitosta, Suomalainen Lääkärisseura Duodecimista ja Finska Läkaresällskapetista.

kirjoittamassa on ollut lääkäriedustajien lisäksi myös Suomen Hammaslääkäriliiton edustajia.

Lääkärin etiikka -kirjan tavoitteiksi kuvataan suomalaisessa terveydenhuollossa toimivien lääkärin ja hammaslääkärin tukeminen työssään. Kirjassa halutaan myös antaa heille työkaluja päätöksentekoon ja käytännön työhön sovellettavissa olevia eettisesti perusteltuja ratkaisumalleja eettisesti vaikeisiin valintatilanteisiin.¹³ Kirjan toimittaneisiin ammattiliittoihin kuuluu jäsenenä merkittävä osa maassamme toimivista lääkäreistä ja hammaslääkäreistä¹⁴, joten on perusteltua väittää kannanottojen linjausten ja ohjeistusten kertovan siitä, mitä suomalainen lääkärin ammattikunta pitää tärkeänä ja arvostettavana.

Lääkärin etiikka -kirjassa on kahdenlaisia tekstejä. Kirja alkaa lääkärin etiikkaan johdattelevilla asiantuntija-artikkeleilla. Ne ovat eri tieteenalojen edustajien kirjoittamia ja niissä esitellään muun muassa lääkärin etiikan filosofiset perusteet. Pääosan kirjasta muodostavat kuitenkin Suomen Lääkäriliiton eettisen neuvottelukunnan kannanotot.¹⁵ Kannanotot edustavat päätoimittaja Samuli Saarnin sanoin ennen muuta lääkärin ammattietiikkaa, ja niiden pohjatekstejä on ollut laatimassa useita eri asiantuntijoita. Saarnin mukaan kirjan kannanotoissa esitetään suomalaisen lääkäriprofession yhteinen näkemys siitä, kuinka lääkärin etiikan peruseriaatteita tulisi soveltaa terveydenhuoltoon Suomessa.¹⁶

Kannanotot eivät muodosta yhtenäistä tekstikokonaisuutta. Tekstien epäyhtenäisyys ei johdu ainoastaan laajasta kirjoittajakunnasta vaan myös kysymyksistä, joita kannanotoissa käsitellään ja näkökulmista, joista aiheita lähestytään.¹⁷

¹³ Lääkärin etiikka 2013, 5.

¹⁴ Suomen Lääkäriliittoon kuuluu noin 93% Suomessa toimivista lääkäreistä (Lääkärit yhdessä potilaan parhaaksi.) ja Suomen Hammaslääkäriliittoon noin 95% maassamme toimivista hammaslääkäreistä (Liitto edunvalvojana, asiantuntijana ja vaikuttajana.).

¹⁵ Kannanottojen pohjatekstien kirjoittajia ei ole erikseen nimeltä mainittu, mutta kaikkien kirjan toimittamiseen ja kannanottojen laadintaan osallistuneiden nimet on listattu kirjan alkulehdille. Seitsemän asiantuntija-artikkelin kirjoittajien nimet mainitaan artikkelien yhteydessä. Varsinaisia kannanottoja on *Lääkärin etiikka* -kirjassa kaikkiaan 69 ja ne on jaettu aihepiireittäin kahteentoista lukuun. Luvut ovat (numero suluissa kertoo, kuinka monta kannanottoa kyseiseen lukuun sisältyy): Potilas-lääkärisuhde (10), Elämän alku ja raskausaika (6), Lapset ja nuoret (4), Mielen terveys- ja päihdepotilaat (3), Hoidon erityiskysymyksiä (9), Suun terveydenhuollossa korostuvia kysymyksiä (5), Elämän loppu (5), Lääkäri ja yhteiskunta (5), Terveyden edistäminen ja sairauksien ennaltaehkäisy (3), Lääkäri ja professio (4), Lääkäri, potilas ja kolmas osapuoli (9), Koulutus ja tutkimus (6).

¹⁶ Lääkärin etiikka 2013, 5.

¹⁷ Osa kannanotoista keskittyy lääkärin toimintaa säätelevään juridiikkaan ja niihin sisältyy myös suoria lainoja ajantasaisesta lainsäädännöstä. Juridiikan esittelyyn painottuvia kannanottoja ovat esimerkiksi kannanotot potilasasiakirjoista (Lääkärin etiikka 2013, 59–62.), alkiodiagnostiikasta (Lääkärin etiikka 2013, 88.) ja vaarallisista tartuntataudeista (Lääkärin etiikka 2013, 117–120.). Näissä kannanotoissa erottuu harvoin ammattikunnan oma kanta. Päätoimittaja perustelee

Tutkimuksessani kiinnostuksen kohteena ovat erityisesti ne kannanotot tai kannanottojen kohdat, joissa lääkärin ammattikunnan oma näkökulma tuodaan esiin. Lainsäädäntöä esittelen siltä osin kuin sillä on aiheen käsittelyn kannalta merkitystä.

Tutkimus keskittyy lähdeeteoksen tavoin terveydenhuoltoon Suomessa ja lääkärin etiikan soveltamiseen tässä kontekstissa. Hammaslääkärin etiikkaa ei *Lääkärin etiikka* -kirjassa eroteta lääkärin etiikasta, vaan päätoimittaja toteaa lääkärin etiikan koskevan yhtä lailla molempia ammattiryhmiä.¹⁸ Tutkimuksessa noudatan lähteen tapaa olla erottamatta lääkärin etiikkaa hammaslääkärin etiikasta.

Lääkärin kliinisestä autonomiasta ei ole Suomessa juurikaan aiempia tutkimuksia. Aiheesta on käyty keskustelua suomalaisten lääkärin keskuudessa 2010-luvulla, ja vuonna 2015 Suomen Lääkäriliitto teki sisäiseen käyttöön *Lääkäriliiton autonomia potilaan ja yhteiskunnan parhaaksi* -selonteon. Siinä tarkasteltiin profession autonomian ja lääkärin hoidollisen autonomian tilaa sekä näihin mahdollisesti tulevaisuudessa kohdistuvia uhkia. Suomen Lääkäriliiton aloitteesta toteutettiin myös laajempi lääkärin autonomiaa tarkastellut sosiologinen tutkimus. Se julkaistiin vuonna 2016 ja tutkimuksesta kävi ilmi muun muassa se, että jotkut lääkärit pitivät autonomian käsitteen määrittelyä vaikeana. Palaan tutkimukseen tarkemmin edempänä luvussa 4.1.¹⁹

Tutkimukseni alkaa aihepiiriä taustoittavalla ja siihen perehdyttävällä luvulla (luku 2). Esittelen lääkärin etiikan historiaa ja sen kehittymistä sekä niitä etiikan teorioita ja periaatteita, joiden varaan lääkärin etiikka pääpiirteiltään rakentuu.

juridiikan esittelyä sillä, että eettisesti hyvä päätöksenteko edellyttää lainsäädännön tuntemista (*Lääkärin etiikka* 2013, 5.).

Kannanotot, joissa käsiteltävistä eettisistä kysymyksistä ei ole maassamme lainsäädäntöä, voi jakaa karkeasti kahteen ryhmään. Joko ammattikunnan näkemys ilmaistaan yksiselitteisesti ja jopa voimakkaasti normittain tai sitten kannanoton aihepiiriä taustoitetaan ja yleisiä toimintatapoja tai käytänteitä selkiytetään sen enempää kantaa ottamatta. Voimakkaasti normittavia kannanottoja ovat esimerkiksi kannanotot syntymättömän ihmisarvosta (*Lääkärin etiikka* 2013, 77–79.) ja kuoleman läheisyydestä (*Lääkärin etiikka* 2013, 151–154.). Taustatietoa antavia ja toimintatapoja ja käytänteitä selkiyttäviä kannanottoja ovat esimerkiksi kannanotot hoitotahdosta (*Lääkärin etiikka* 2013, 155–156.) ja terveydenhuollon seulontatutkimuksista (*Lääkärin etiikka* 2013, 188–191.). Kannanotoissa kerrotaan myös ammattiliittojen suosituksista tai ohjeista esimerkiksi markkinointia ja sosiaalisessa mediassa toimimista koskien.

Oma ryhmänsä ovat kannanotot, joissa kuvataan aiheeseen liittyvää lainsäädäntöä samalla vahvasti kantaa ottaen ja lääkärin toimintaa ohjeistaen. Nämä kolme kannanottoa käsittelevät lapsen kaltoin kohtelua (*Lääkärin etiikka* 2013, 97–99.), rokotuksia (*Lääkärin etiikka* 2013, 192–193.) ja jatkuvaa ammatillista kehittymistä (*Lääkärin etiikka* 2013, 240–241.).

¹⁸ *Lääkärin etiikka* 2013, 5.

¹⁹ Wrede et al 2016, 2.

Luku 3 johdattelee lääkärin kliinisen autonomian käsittelyn kannalta keskeisiin käsitteisiin. Luvun aluksi tarkastelen lääkäriä moraalisena toimijana. Sen jälkeen selvennän, mitä tarkoitetaan profession, lääkäriprofession, professionalismmin käsitteillä sekä mikä merkitys ammattietiikalla on lääkärin työssä.

Tutkimuksen keskeisin sisältöluku on neljäs luku. Selvitän ensin luvussa 4.1., miten lääkärit itse, lainsäädäntö ja professiososiologia määrittelevät lääkärin kliinistä autonomiaa. Luvun lopuksi muotoilen lääkärin kliinisen autonomian määritelmän. Seuraavaksi (luku 4.2.) kuvaan esimerkkitalanteita, joissa lääkärin kliininen autonomia joutuu tai sen voidaan kokea joutuvan uhatuksi. Luvuissa 4.3.–4.4. selvennän lääkärin kliinisen autonomian suhdetta potilaaseen ja lääkärin toimintaympäristöön. Lopuksi luvussa 4.5. tutkin lääkärin kliinisen autonomian merkitystä lääkäriprofessionille. Luvun 4.2. esimerkkien avulla tarkastelen luvuissa 4.3.–4.5. toisaalta sitä, millaista apua lääkäri voi saada kliinisen autonomiansa tueksi kannanottojen ohjeista ja neuvoista sekä sitä, millaiset yritykset vaikuttaa lääkäriin muodostavat todellisen vaaran lääkärin kliiniselle autonomialle.

Koska opinnäytetyö on aina varsin suppea esitys käsitellystä aiheesta, joudun tutkimuksessa tyytymään suurelta osin kannanottojen yleisten linjojen esittelyyn. Näiden lisäksi olen kiinnittänyt huomiota joihinkin yksittäisiin aiheen käsittelyn kannalta kiinnostaviin kohtiin kannanotoissa. Millaiset asiat tai tekijät voivat vaikuttaa itsenäisen lääkärin toimintaan tai rajata riippumattoman lääkärin vapautta? Mitä lääkärin ammattietiikan tarkastelu paljastaa lääkärin kliinisestä autonomiasta?

2. Eettinen toimintatapa osana lääkärin työtä – lääkärin etiikan kehittyminen ja perusteet

Esittelen tässä luvussa lääkärin työhön oleellisena osana kuuluvan eettisen ajattelun historiaa ja moraaliteoreettista taustaa. Aluksi (luku 2.1.) kuvaan, kuinka lääkärin etiikka on vuosituhansien kuluessa kehittynyt, ja minkälaisia muutoksiin pakottaneita haasteita se on 1900-luvulla kohdannut. Sen jälkeen (luku 2.2.) esittelen keskeiset etiikan suuntaukset lääkärin etiikassa ja näistä johdetut suomalaisessa lääkintä- ja hoitoetiikassa tärkeinä pidetyt periaatteet.

Luku on tutkimukseni taustaluku. Sen tarkoituksena on tutustuttaa lukija tutkimuksen aihepiiriin ja antaa riittävät filosofiset perustiedot lääkärin etiikasta. Lääkärin etiikka on lääkärin ammattietiikkaa, joka ohjaa lääkärin toimintaa.

Lääkäriin kliininen autonomia liittyy keskeisenä osana lääkärin toimintaan ja sitä on tarkasteltava yhteydessään lääkärin etiikkaan.

2.1. Lääkäriin etiikan historiaa

Eettinen ajattelu ja toimintatapa ovat olleet keskeisessä asemassa lääkärin työssä jo hyvin pitkään.²⁰ Lääkärin toimien harjoittamista on erilaisin kirjoitetuin ja kirjoittamattomin säännöin ja normein säädelty niin kauan kuin lääkintätaitoa on harjoitettu. Paitsi lääkärit itse myös hallitsijat ovat pyrkineet säätelemään lääkärin toimintaa.²¹

Vanhimmat tunnetut kirjalliset määräykset lääkärin toiminnasta sisältyvät jo Babylonian kuningas Hammurabin ajan (1792-1750 eKr.) lakikokoelmaan. Siinä käsitellään niin lääkärin oikeuksia ja velvollisuuksia kuin myös rangaistuksia lääkärin huolimattomuuden tai taitamattomuuden seurauksena aiheutuneista hoitokuolemista ja muista virheistä.²² Myös monien uskontojen pyhissä kirjoituksissa on lääkintätoimien harjoittamiseen liittyviä säädöksiä.²³

Lääkäriin etiikan ja myös itse lääketieteen isäksi nimetty Hippokrates syntyi noin vuonna 460 eKr. Hänen nimiinsä on pantu varhaisin tunnettu lääkärin eettinen ohje, niin kutsuttu Hippokrateen vala. Sitä pidetään lääkärin etiikkaa käsittelevien ohjeistojen perusmallina ja se säilytti asemansa lääkärin etiikan yleisohjeena 1900-luvulle asti.²⁴ Yhä edelleen siihen kirjattuja periaatteita – potilaan parhaan edistämistä, vahingon tuottamisen välttämistä ja potilaan luottamuksen vaalimista sekä potilassalaisuuden säilyttämistä – pidetään lääkärin tärkeinä velvollisuuksina.²⁵

Keskiajalla Euroopassa katolinen kirkko oli lähes ainoa virallinen norminlähde, niinpä lääkärin etiikkakin oli läheisessä yhteydessä katoliseen moraalifilosofiaan. 1000-luvulla yleistyi käytäntö, jonka mukaan lääkärin toimien harjoittamista aloittavien tuli antaa vakuutus lääkärintyössä noudattamistaan periaatteista.²⁶

Keskiajalla ammattikunnat kehittyivät voimakkaasti ja niiden asema vahvistui. Syntyi uudenlaisia ongelmia, joista lääkärin ammattin kannalta yksi suurimmista olivat erilaiset parannustointa harjoittaneet puoskarit. Ongelman

²⁰ Pälve 2013, 11.

²¹ Lindqvist 1978, 13.

²² Pälve 2013, 11.

²³ Lindqvist 1978, 13.

²⁴ Lindqvist 1978, 13.

²⁵ Pälve 2013, 11.

²⁶ Lindqvist 1978, 13–14.

hallitsemiseksi eri Euroopan maissa alkoi 1500-luvulta lähtien yleistyä käytäntö, jolla maan hallitsija antoi lääkärikunnalle oikeuden myöntää lääkäri-oikeuksia ja valvoa lääkäriammattin harjoittamista alueellaan. Ruotsi-Suomen lääkäreille tällainen oikeus myönnettiin kuningatar Kristiinan (1626-89) aikana. Lääkärit perustivat Tukholmaan *Collegium Medicum*, joka päätti asettaa ammatinharjoittamisen ehdoksi tutkinnon suorittamalla osoitetun koulutuksen ja lääkäriinvalan, jolla lääkärit sitoutuivat ammattikuntansa etiikkaan.²⁷

Suomi liitettiin vuonna 1809 Venäjään, ja suomalaiset lääkärit perustivat myös Suomen suuriruhtinaskuntaan *Collegium Medicum*, joka aloitti toimintansa vuonna 1811. Tukholmalaisen esikuvan tavoin se edellytti lääkäreiltä koulutuksen lisäksi valaa. Vuonna 1890 keisarillinen majesteetti antoi armollisen asetuksen lääkärin ammatinharjoittamisesta Suomessa. Myös tässä asetuksessa vala oli ”laillisena Suomen lääkärinä” toimimisen ehto.²⁸

Lääkärin etiikan painopiste oli 1900-luvun alkupuolelle asti pitkälti yksittäisen potilaan hoidossa ja siihen liittyvässä käytännön problematiikassa. Lääkärin etiikka ohjeisti myös kollegoiden välisessä kanssakäymisessä ja asioissa, jotka nykyisin kuuluisivat pikemminkin käyttäytymisetikettiin.²⁹

Tilanne muuttui toisen maailmansodan ja sitä seuranneiden tapahtumien myötä. Niiden vaikutus lääkärin etiikan ja lääketieteen etiikan kehitykseen yleisestikin oli suuri. Nürnbergin oikeudenkäynnissä vuoden 1947 elokuussa lääkäreille annetut tuomiot rikoksista ihmisyyttä vastaan saivat paljon julkisuutta. Kun maailman lääkärit vain kuukausi myöhemmin kokoontuivat Pariisiin Maailman lääkäriliiton (*World Medical Association, WMA*)

²⁷ Äärimaa 2005, 13.

²⁸ Äärimaa 2005, 13.

²⁹ Pälve (2013, 11–12.) mukaan käyttäytymisetikettiin kuuluvat esimerkiksi lääkärin keskinäiset konsultaatiotavat, käytös potilaita ja kollegoja kohtaan sekä suhtautuminen opettajiin ja tavat, miten vastaanottotoiminnasta ilmoitetaan. Max Oker-Blom (1863–1917) pidetään edelläkävijänä muun muassa suomalaisessa lääketieteen etiikassa. Hänen alkuaan vuonna 1911 julkaistu kirjansa *Lääkärintoimi ja sen etiikka* julkaistiin uudelleen näköispainoksena vuonna 2000 Suomen Lääkäriliiton 90. juhlavuoden kunniaksi. Oker-Blom kuvaa kirjassaan lääkäriin viime vuosisadan alussa kohdistuneita odotuksia. Esimerkiksi johdannossa (2000, 1–19.) hän mainitsee lääkärintoimen harjoittamisen edellytyksiksi mielen hillinnän, toisten ystävällisen kohtelun, siveellisen vakavuuden ja arvokkuuden sekä yleisesti säädyllisen ja kohtuullisen käytöksen. Lääkärin suhteesta potilaaseen Oker-Blom kirjoittaa kahden luvun verran. Hän muun muassa varoittaa lääkäreitä, ettei heidän tule loukkaantua potilaidensa sanomisista liian helposti (2000, 88–90). Lääkärin on kyettävä hillitsemään tunteensa esimerkiksi haastavissa toimenpiteissä ja pitämään aistinsa kurissa, ettei petä häneen kohdistettua luottamusta vastakkaista sukupuolta olevia potilaita hoitaessaan (2000, 109–111). Oker-Blom ohjeistaa teoksessaan tilanteista, joissa hoitavan lääkärin on järkevää kutsua toinen lääkäri neuvotteluun eli ”konsultatsioniin”, ja siitä, miten nämä konsultaatiot käytännössä tulisi järjestää ja millaista käytöstä lääkäreiltä näissä tilanteissa edellytetään (2000, 94–98, 251–255).

perustamiskokoukseen³⁰, antoivat he julkilausuman, jossa jyrkästi tuomittiin Nürnbergissä tuomittujen lääkäreiden teot ja päätettiin, että kaikkien lääkäreiden tulee vannota vala.³¹ Geneven julistuksen (*Declaration of Geneva*)³² nimellä tunnettu valateksti hyväksyttiin vuonna 1948. Siinä määritellään lääkärin keskeiset eettiset ohjeet.³³ Ne mukailevat sisällöltään suurelta osin Hippokrateen valaa, mutta toisen maailmansodan tapahtumien johdosta Geneven julistus painottaa voimakkaasti sitä, että lääkärille tulee olla tärkeintä hänen potilaansa terveys ja ettei mikään potilaan ominaisuus kuten ikä, terveydentila tai vammaisuus, uskonto, etninen tausta, kansalaisuus tai muu vastaava saa vaikuttaa siihen, kuinka lääkäri suhtautuu potilaaseensa. Geneven julistuksessa vakuutetaan äärimmäistä kunnioitusta ihmiselämää kohtaan ja luvataan olla käyttämättä lääketieteellistä tietämystä ihmisyyttä vastaan.³⁴

Maailman lääkäriliitto on Geneven julistuksen jälkeen julkaissut useita kansainvälisiä eettisiä ohjeita ja suosituksia, joista laajin ja tunnetuin lienee vuonna 1964 hyväksytty Helsingin julistus (*Declaration of Helsinki*) ihmiseen kohdistuvan lääketieteellisen tutkimustyön eettisistä periaatteista.³⁵ Julistus määrittelee, mitä ihmiseen kohdistuvalla lääketieteellisellä tutkimuksella tarkoitetaan ja mitä päämääriä sen avulla on hyväksyttävää tavoitella. Siinä käydään läpi muun muassa tutkimukseen osallistuvan lääkärin velvollisuudet ja korostetaan, että tutkittavan hyvinvointi on aina tärkeämpi kuin tieteen ja yhteiskunnan etu.³⁶

Paitsi toisen maailmansodan järkyttävät tapahtumat ovat myös teknologian ja lääketieteen nopea kehittyminen 1900-luvun jälkipuoliskolla vaikuttaneet lääkärin ja lääketieteen etiikkaan. Tutkimus- ja hoitomenetelmät ovat kehittyneet. Moniin sairauksiin, joiden hoitoa pidettiin ennen mahdottomana, on sittemmin pystytty kehittämään jopa parantavia hoitoja. Hoidot ovat aiempaa vaikuttavampia, joskin usein myös huomattavasti kalliimpia. Perinteinen lääkärin

³⁰ *Lääkärin etiikka* -kirjan artikkelin perusteella saattaa saada sen käsityksen, että Nürnbergin oikeudenkäynti ja lääkäreille annetut tuomiot olisivat olleet yksi WMA:n perustamiseen johtaneista tekijöistä. WMA:n oman historiankirjoituksen mukaan Maailman lääkäriliiton perustamista oli kuitenkin valmisteltu jo vuodesta 1945 lähtien. Sitä edeltänyt vuonna 1926 järjestäytynyt *l'Association Professionnelle Internationale des Médecins* oli lopettanut toimintansa II maailmansodan kynnyksellä. (WMA History.)

³¹ Äärimaa 2005, 13.

³² Geneven julistuksen tekstimuotoa on tarkistettu tai uusittu kuudesti vuoden 1948 jälkeen, viimeksi vuonna 2017. Julistuksen keskeinen sisältö on kuitenkin säilynyt samana. (WMA Declaration of Geneva.)

³³ Lindqvist 1978, 14–15.

³⁴ WMA Declaration of Geneva.

³⁵ Lindqvist 1978, 14–15.

etiikka ei enää kykene vastaamaan kaikkiin niihin eettisiin kysymyksiin, joita nykypäivän lääketieteen piirissä herää. Se muodostaa kyllä edelleen perustan nykypäivän lääkärin etiikalle, mutta koska lääkärin etiikka ei enää ole vain profession sisäinen asia, vaan osa laajempaa yhteiskunnallista keskustelua, on alettu puhua uuden ajan lääkärin etiikasta.³⁷

Uuden ajan lääkärin etiikassa korostuu aiempaa selvemmin yksilön näkökulma. Erityisesti kehittyneissä maissa potilaan itsemääräämisoikeus ja osallistuminen ovat vahvistuneet, ja toisaalta lääketieteellinen paternalismi³⁸ on väistynyt. Tärkeinä pidetään nykyisin potilaan voimaannuttamista ja voimaantumista. Myös yhteiskunnan pyrkimys vaikuttaa lääkärin työhön on lääketieteen kehittymisestä seuranneen hoitojen kallistumisen vuoksi voimistunut. Tämä kaikki haastaa lääkärin etiikan ja lääkärikunnan yhtenäisyyden aivan uudella tavalla.³⁹

2.2. Suomalaisen lääkärin toimintaa ohjaavat arvot ja periaatteet

Suomen Lääkäriliitto on määritellyt lääkärin perusarvot. Ne ovat elämän kunnioittaminen, ihmisyyys, eettisyys, korkea ammattitaito ja kollegiaalisuus.⁴⁰

Laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä puolestaan kuvataan ammattieettiset velvollisuudet seuraavasti:

Terveydenhuollon ammattihenkilön ammattitoiminnan päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen. Terveydenhuollon ammattihenkilön on ammattitoiminnassaan sovellettava yleisesti hyväksyttyjä ja kokemusperäisiä perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti, jota hänen on pyrittävä jatkuvasti täydentämään. Ammattitoiminnassaan terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tasapuolisesti ottaa huomioon ammattitoiminnasta potilaalle koitua hyöty ja sen mahdolliset haitat.⁴¹

Arkkiatri Risto Pelkonen korostaa, että hyvän tavoittelu ja vahingon välttäminen ovat pysyviä arvoja lääkärin työssä. Lääkintätaidon humanistisena

³⁶ WMA Declaration of Helsinki.

³⁷ Pälve 2013, 12.

³⁸ Louhiala ja Launis (2009, 33–34) määrittelevät paternalismin lyhyesti viittaamalla tilanteeseen, jossa joku muu kuin potilas – lääketieteessä yleensä lääkäri – uskoo tietävänsä potilasta paremmin, mikä on hänen etunsa, ja tähän vedoten tekee päätöksiä hänen puolestaan.

Artikkelissaan *Itsemääräämisoikeus ja paternalismi terveydenhuollossa* Veikko Launis (2010, 137) määrittelee paternalismin Gerald Dworkinia mukaillen. ”Paternalismi merkitsee sellaista puuttumista yksilön (ajattelun, tahdon tai toiminnan) vapauteen, joka ”pyritään oikeuttamaan pakotuksen kohteena olevan henkilön omaan hyvään, hyvinvointiin, onnellisuuteen, tarpeisiin, etuihin tai arvoihin vetoamalla” (Dworkin 1988). Paternalistisen väliintulon pääasiallisena tarkoituksena on suojella henkilöä vahingolta, jonka hän tietoisesti tai tietämättään uhkaa omalla toiminnallaan itselleen aiheuttaa.” (Dworkinin tekstin lainausmerkit ovat kirjoittajan.)

³⁹ Pälve 2013, 12.

⁴⁰ <https://www.laakariliitto.fi/liitto/arvot/>.

⁴¹ Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559, 15§.

ytimenä ja lääkärin työn moraaliperusteena on hänen mukaansa auttamisen eetos. Potilaan parhaan tulee olla lääkärin työssä päämääränä.⁴²

Lääkärin perusarvot, lakitekstissä esitetyt ammattieettiset velvollisuudet ja arkkiatrin tiivistämät lääkärintyön moraaliperusta, arvot ja päämäärä ovat esimerkkejä tavoista, joilla lääkärin toiminnan lähtökohtia ja perusteita voidaan määritellä. Veikko Launis on esittänyt, että lääkärin työtä ohjaavat keskeiset moraalikäsitykset ja eettiset periaatteet edustavat etiikan kolmea perussuuntausta, nimittäin hyve-etiikkaa, velvollisuusetiikkaa ja hyötyetiikkaa.⁴³

Timo Airaksinen on esittänyt ammattietiikoiden perustuvan hyveajattelulle. Hänen käsityksensä mukaan lääkärin ammatti määritellään terveyteen ja hyvinvointiin viittaavien arvojen avulla ja lääkärin hyve-etiikka määritellään myönteisenä suhtautumisena terveyteen ja elämään.⁴⁴ Veikko Launin mukaan hyve-etiikassa pidetään tärkeänä moraalisen toiminnan vaatimien luonteenominaisuuksien, persoonallisuuden piirteiden ja asenteiden kehittämistä. Tällaisia ominaisuuksia kutsutaan Aristoteleen (384–322 e.Kr.) perinnettä seuraten hyveiksi.⁴⁵

Keskeisinä hyveinä antiikin ajoista asti on pidetty viisautta, rohkeutta, itsehillintää ja oikeudenmukaisuutta. Hoitoetiikassa korostuvat Launin mukaan erityisesti sellaiset hyveet kuin empaattisuus, uhrautuvuus ja auttamishalu⁴⁶. Hyve-etiikan pohjalle rakennetussa lääkärin etiikassa tulisi näin ollen korostaa luonteen kasvattamista siten, että myönteinen suhtautuminen hoidettaviin lisääntyy ja auttaminen sinänsä koetaan palkitsevana.⁴⁷

Tunnetuin velvollisuusetiikan edustaja oli Immanuel Kant (1724–1804). Kantilainen velvollisuusetiikka lähtee siitä, että toista ihmistä ei saa koskaan kohdella pelkästään oman tai yleisen hyödyn saavuttamisen välineenä, vaan aina myös päämääränä sinänsä. Tämä merkitsee Launin mukaan toisen ihmisen kohtelemista yleisen ihmisarvon edellyttämällä tavalla. Hänen mielestään velvollisuusetiikka edellyttääkin, että kaikkien potilaiden yhtäläinen ihmisarvo on otettava hoidon lähtökohdaksi. On tärkeää huomata, että velvollisuusetiikassa teon moraalisen arvon määrää motiivi tai aikomus, jonka pohjalta toimitaan. Vaikka tämä hyvä aikomus ei toteutuisikaan, ei teon moraalinen arvo silti vähene. Tämän

⁴² Pelkonen 2013, 15.

⁴³ Launis 2013, 25.

⁴⁴ Airaksinen 1993, 239–240.

⁴⁵ Launis 2013, 25.

⁴⁶ Jussi Tenkku (1981, 177–178) liittää nämä hyveet ennen muuta kristilliseen moraaliin ja perinteeseen.

perusteella lääkäri toimii oikein, kun toimintaa ohjaavan ratkaisun perustana on yksinomaan moraalinen velvollisuudentunto eli kunnioitus moraalisääntöä tai -periaatetta kohtaan.⁴⁸

Jeremy Benthamin (1748–1832) perustama ja John Stuart Millin (1806–1873) edelleen kehittämä utilitarismi on seurausetiikan tunnetuin suuntaus. Niin kutsutun hyödyn periaatteen mukaan tulee tavoitella suurinta mahdollista onnea suurimmalle mahdolliselle määrälle ihmisiä.⁴⁹ Launiksen muotoilemana tämän klassisen utilitarismin keskeinen periaate on: on toimittava niin, että odotettavissa oleva hyöty suhteessa haittoihin on suurin mahdollinen.⁵⁰ Hyötyinä pidetään utilitarismissa muun muassa mielihyvää, nautintoa ja onnellisuutta.⁵¹

Seurausetiikassa toiminnan moraalisen arvon määrää toiminnan hyvien seurausten suhde siitä aiheutuneisiin haittoihin nähden. Launis muistuttaa, että hyödyn voidaan teorian versiosta riippuen käsittää tarkoittavan erilaisia asioita, terveydenhuollossa esimerkiksi hyvinvointia, halujen ja tarpeiden tyydyttymistä tai kivun ja tuskan puuttumista. Haittoihin voidaan puolestaan terveydenhuollossa ajatella kuuluvan esimerkiksi toimenpiteiden vaatimat taloudelliset resurssit tai yleisemmin ajateltuna se, mikä estää saavuttamasta hyvinvointia ja mielihyvää.⁵²

Moraaliteorioiden perustyypeistä voidaan Veikko Launiksen mukaan johtaa lääkintä- ja hoitoetiikassa keskeisinä pidetyt ja näin ollen myös lääkärin toimintaa ohjaavat kuusi perusperiaatetta.⁵³ Louhiala ja Launis ovat korostaneet terveydenhuollossa esiin tuleville eettisille ongelmille olevan tyypillistä, että käytännön tilanteissa voitaisiin soveltaa useita hyvin perusteltuja periaatteita ja sääntöjä, mutta niistä johdetut toimintaohjeet ovat kuitenkin keskenään ristiriitaisia.⁵⁴ Koska periaatteet, jotka kaikki ovat sinänsä hyväksyttäviä, kilpailevat keskenään ja koska ei ole olemassa mitään yleistä menetelmää eikä yleistä asiantuntijuutta syntyvien ristiriitojen ratkaisemiseksi, joudumme Launiksen mielestä hyväksymään eettisen pluralismin. Hän korostaa, että lopulliset ratkaisut eettisiin ongelmiin on etsittävä aina yksittäisissä käytännön tilanteissa.⁵⁵

⁴⁷ Launis 2013, 25.

⁴⁸ Launis 2013, 25.

⁴⁹ Malik 2016, 262–271.

⁵⁰ Launis 2013, 29.

⁵¹ Launis 2013, 25.

⁵² Launis 2013, 25.

⁵³ Launis 2013, 26.

⁵⁴ Louhiala & Launis 2009, 29.

⁵⁵ Launis 2013, 26.

Periaate-etiikaksi kutsutaan teoriaa, jonka lähtökohtana on eettinen pluralismi eli moniarvoisuus. Tom Beauchampin ja James Childressin kirjassa *Principles of Biomedical Ethics*⁵⁶ esitetty eettisten periaatteiden lista lienee alallaan tunnetuin. Seuraavassa esitettyjä, Beauchampin ja Childressin listaa mukailevia kuutta periaatetta on pidetty suomalaisessa parantamisen ja hoitamisen etiikassa keskeisinä.⁵⁷

Elämän kunnioittamisen vaatimus on Veikko Launiksen mukaan perusta kaikelle elolliseen kohdistuvalle toiminnalle. Vaatimus perustuu siihen, että kaikella elämällä on moraalista arvoa. Periaate voidaan yleisessä muodossa esittää seuraavasti:

On pyrittävä edistämään biologisen elämän säilymistä ja vältettävä sellaista, mikä sitä heikentää.⁵⁸

Periaate edustaa velvollisuusetiikkaa ja sen mukaisesti toimiminen vaikuttaa lääkärin käytännön työhön ja toimintaan monella tavalla. Koska periaate velvoittaa huolehtimaan potilaan hengen säilymisestä mahdollisimman pitkään, on esimerkiksi potilaan elämän lyhentäminen hoitoa vähentämällä ja kuolinavun antaminen katsottava moraalisesti vääräksi teoksi. Launis kuitenkin huomauttaa, että elämän kunnioittamisen periaatteen mukainen toiminta voi johtaa ristiriitaan toisten keskeisinä pidettyjen periaatteiden kanssa. Siksi tämän periaatteen sisältämä vaatimus onkin ymmärrettävä *prima facie* -tyyppiseksi. Se velvoittaa toimijaa moraalisesti silloin, kun mikään muu perustelu ei oikeuta ylittämään sitä. Hoitotilanteessa lääkäri siis joutuu punnitsemaan elämän kunnioittamisen periaatteen painavuutta suhteessa muiden eettisten periaatteiden vaatimuksiin.⁵⁹

Lääkintä- ja hoitoetiikassa annetaan ihmiselämälle erityinen merkitys ja arvo. Juhani Pietarinen korostaa kuitenkin, että ihmiselämän erityisarvo ei ole perusteltavissa elämän kunnioittamisen periaatteen nojalla, vaan se pyritään perustelemaan ihmisarvon kunnioittamisen vaatimuksella.⁶⁰

Ihmisarvon kunnioittamisen vaatimus edustaa myös velvollisuusetiikkaa. Se velvoittaa antamaan jokaiselle ihmiselle yhtäläisen moraalisen arvon. Jokaista tulee kohdella tämän arvon mukaisesti.⁶¹ Periaate voidaan esittää seuraavasti:

Kaikilla ihmisyksilöillä on oikeus ylläpitää elämäänsä, oikeus elää vapaana kivuista ja kärsimyksistä, sekä oikeus saada apua heidän elämänsä ja terveytensä ollessa uhattuna, ja

⁵⁶ Beauchamp & Childress 2013.

⁵⁷ Louhiala & Launis 2009, 29–30.

⁵⁸ Launis 2013, 26.

⁵⁹ Launis 2013, 26.

⁶⁰ Pietarinen 1995, 34.

⁶¹ Launis 2013, 27.

jokaisen oikeuksia pitää kunnioittaa yhtäläisesti. Lisäksi ihmisiä on kohdeltava persoonan kunnioittamisen edellyttämällä tavalla.⁶²

Periaatteeseen on Launiksen mukaan kiteytetty kaksi tavallista tapaa tulkita ihmisarvon kunnioittamisen vaatimus.⁶³ Se voidaan johtaa yleisistä ihmisoikeuksista ja biologisesta ihmisyydestä, mutta ihmisarvo voidaan myös tulkita suppeammin samastamalla se persoonuuteen eli persoonana olemiseen, ihmisen itsensä yksilöksi kokemiseen.⁶⁴ Launis toteaa, että tulkittaessa periaatetta ihmisoikeuksien näkökulmasta, voi yhtäläinen ihmisarvo terveydenhuollossa perustua vain jokaiselle ihmiselle oleellisen tärkeisiin oikeuksiin, kuten esimerkiksi avunsaantioikeuteen elämää ja terveyttä uhkaavissa asioissa sekä oikeuteen elää vapaana kivusta ja kärsimyksestä. Suppea tulkinta, joka samastaa ihmisarvon kunnioittamisen persoonuuteen, rajaa ihmisarvon piiristä kaikki sellaiset yksilöt, jotka eivät vielä tai eivät enää täytä persoonuuden tunnusmerkkejä, esimerkiksi sikiöt tai vegetatiivisessa tilassa olevat henkilöt. Heillä on kuitenkin ihmisoikeuksien perusteella sama moraalinen arvo kuin muillakin.⁶⁵

Juhani Pietarisen mukaan ihmisarvon samastaminen persoonuuteen pohjautuu Kantin vaatimukseen kohdella jokaista ihmistä päämääränä sinänsä: ihminen on persoona, joka on sellaisenaan arvokas eikä koskaan pelkkä väline. Pietarinen kirjoittaaakin ihmisarvon persoonuuteen samastamisesta kantilaisena ihmisarvon periaatteena.⁶⁶ Pekka Louhiala ja Veikko Launis toteavat ihmisarvon käsitteen olevan hyvin abstrakti ja siksi sen käytännön tulkintojen merkitys korostuu. Elämän kunnioittamisen vaatimus joutuu helposti vastakkain ihmisarvon kunnioittamisen kanssa esimerkiksi keskusteltaessa potilaan oikeudesta kuolla arvokkaasti.⁶⁷

Itsemääräämisen eli autonomian kunnioittamisen periaatteella on nykyisin tärkeä asema. Itsemääräämisoikeus kuuluu moraalisiin perusoikeuksiin, Veikko Launis toteaa, ja muilla moraalisilla toimijoilla on velvollisuus kunnioittaa yksilön itsemääräämisoikeutta.⁶⁸ Pietarinen muotoilee velvollisuusetiikkaan kuuluvan itsemääräämisen periaatteen seuraavasti:

⁶² Pietarinen 1995, 38.

⁶³ Launis 2013, 27.

⁶⁴ Louhiala & Launis 2009, 30.

⁶⁵ Launis 2013, 27.

⁶⁶ Pietarinen 1995, 36–38.

⁶⁷ Louhiala & Launis 2009, 30–31.

⁶⁸ Launis 2013, 27.

kompetentti yksilö on oikeutettu päättämään itseään koskevista asioista, toimimaan vapaasti harkitsemallaan tavalla ja saamaan muilta päätöksen toteuttamisen edellyttämää apua.⁶⁹

Launis määrittelee henkilön kompetenssin kykyjen, taitojen ja tiedon

perusteella. Tiedollisen kompetenssin merkitys on hänen mukaansa erityisen suuri silloin, kun potilasta koskevien toimenpiteiden ehtona on tämän perehtynyt suostumus⁷⁰. Hän perustelee tiedollisen kompetenssin avulla myös potilaan oikeutta omaa tilaansa koskevaan tietoon, siis potilaan oikeutta tietää. Kun kompetentilla yksilöllä on ratkaisujen tekemisen edellyttämän luotettavan tiedon lisäksi sellaisia kykyjä ja taitoja, että hän pystyy itsenäiseen harkintaan, päätöksentekoon ja toimintaan, hän on itsemääräävä. Launoksen mukaan itsemääräämiseen kuuluu, että jokainen saa elää ja toimia omien käsitystensä, uskomustensa ja arvojensa mukaisesti, jopa mahdollisesti omaa terveyttään ja hyvinvointiaan haitaten, kunhan hänen toimintansa ei ole toisille yksilöille selvästi vahingoksi.⁷¹

Koska itsemääräämisoikeuden perustana olevan kompetenssin määrittäminen ei aina ole helppoa, pitävät Louhiala ja Launis hyödyllisenä erottaa toisistaan ajattelun, tahdon ja toiminnan autonomia. Autonomisesti ajatteleva yksilö on kykenevä hankkimaan ja käsittelemään uutta tietoa, hän

⁶⁹ Pietarinen 1995, 42.

⁷⁰ Englanninkielisen termin *informed consent* suomenkielisinä vastineina käytetään yleisesti perehtynyttä suostumusta ja tietoista tai tietoon perustuvaa suostumusta. Termin käyttö liittyy lääketieteeseen yleensä, mutta aivan erityisesti lääketieteelliseen tutkimukseen. Suostumuksen keskeiset elementit ovat tieto, ymmärtäminen ja vapaaehtoisuus. Voidakseen antaa tietoisensa suostumuksensa henkilön tulee saada riittävästi tietoa toimenpiteestä tai tutkimuksesta, oltava kykenevä ymmärtämään saamansa tieto ja voida vapaasti itse päättää osallistumisestaan toimenpiteeseen tai tutkimukseen. Tutkimushenkilön tietoon perustuva suostumus asetettiin tutkimukseen osallistumisen ehdoksi kansainvälisellä tasolla ensimmäisen kerran jo niin kutsutussa Nürnbergin säännöstyössä (*Nuremberg Code*), joka vahvistettiin Nürnbergin oikeudenkäynnin päätöksessä vuonna 1947. Maailman lääkäriiliiton Helsingin julistus vuodelta 1964 on yhä nykyään keskeisin lääketieteellisen tutkimustyön eettinen ohjeisto ja sen ajanmukaisuutta on useasti tarkistettu. Siinä edellytetään, että jokaiselle tutkittavalle selostetaan riittävän tarkasti tutkimuksen tavoite, menetelmät, rahoituslähteet, mahdolliset eturistiriidat, tutkijan yhteydet laitoksiin, tutkimuksesta odotettava hyöty sekä siitä mahdollisesti koituvat riskit ja rasitus. (Wahlman-Calderara & Meurman 2018, 161, 165–166.)

Yhdistyneiden Kansakuntien Kansalaisoikeuksia ja poliittisia oikeuksia koskevan yleissopimuksen 7 artiklassa vuodelta 1966 edellytetään myös ihmisen vapaasta tahdosta antamaa suostumusta lääketieteellisen tai muun tieteellisen kokeen ehdoksi. Kansalaisoikeuksia ja poliittisia oikeuksia koskeva kansainvälinen yleissopimus astui Suomessa voimaan vuonna 1976. (Kansalaisoikeuksia ja poliittisia oikeuksia koskeva kansainvälinen yleissopimus.)

Laissa lääketieteellisestä tutkimuksesta (9.4.1999/488) tutkittavan suostumuksen ehtoja määritellään seuraavasti: ”Ihmiseen kohdistuvaa lääketieteellistä tutkimusta ei saa suorittaa ilman tutkittavan kirjallista, tietoon perustuvaa suostumusta. ... Tutkittavalle on annettava riittävä selvitys hänen oikeuksistaan, tutkimuksen tarkoituksesta, luonteesta ja siinä käytettävistä menetelmistä. Hänelle on myös annettava riittävä selvitys mahdollisista riskeistä ja haitoista. Selvitys on annettava siten, että tutkittava pystyy päättämään suostumuksestaan tietoisena tutkimukseen liittyvistä, hänen päätöksentekoonsa vaikuttavista seikoista. Tutkittavalla on oikeus peruuttaa suostumuksensa milloin tahansa ennen tutkimuksen päättymistä. Hänelle on annettava tieto tästä oikeudesta ennen tutkimuksen aloittamista.” (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta.)

⁷¹ Launis 2013, 27–28.

pystyy ylipäänsä harkitsemaan järkipäisesti ja osaa vertailla tietoja sekä hyödyntää niitä muodostaessaan uskomuksiaan ja mielipiteitään. Hän myös ymmärtää oman toimintansa edellytyksiä ja seurauksia. Kyky muodostaa haluja ja mieltymyksiä ja arvioida ja hallita niitä kriittisesti kuuluu puolestaan tahdon autonomiaan. Henkilöä, joka on kykenevä toteuttamaan omien uskomustensa ja halujensa pohjalta laatimiaan suunnitelmia, voidaan pitää autonomisesti toimivana.⁷²

Oikeus itsemääräämiseen ei ole lääkärin etiikan näkökulmasta luovuttamaton. Potilas voi niin halutessaan jättää hoitoaan koskevien ratkaisujen ja päätösten tekemisen lääkärin asiaksi. Hän voi harkitusti jopa luopua osasta kompetenssiaan ja kieltäytyä sairautensa luonnetta koskevasta tiedosta (potilaan oikeus olla tietämättä). Toisaalta potilaalla on itsemääräämisoikeuden perusteella oikeus pitää omaa terveydentilaansa koskevat tiedot salassa toisilta osapuolilta, esimerkiksi sukulaisiltaan tai työnantajaltaan. Vaikkakaan itsemääräämisen vaatimus ei ole ehdoton, on sen ylittäminen jonkin muun periaatteen hyväksi perusteltava erityisen hyvin.⁷³

Hoitamisen periaate voidaan ymmärtää toisaalta velvollisuusetiikan näkökulmasta moraaliseksi velvollisuudeksi hoitaa apua tarvitsevia toisaalta hyveettisesti auttamisen haluna ilmeneväksi luonteenpiirteeksi, joka yhdistetään terveydenhuollon ammattilaisiin.⁷⁴ Launis tiivistää hoitamisen periaatteen seuraavasti:

on edistettävä ihmisten toimintakykyä, vähennettävä heidän kärsimyksiään ja vältettävä tekemästä sellaista, mikä vahingoittaa heidän toimintakykyään ja lisää kärsimyksiä.⁷⁵

Periaate on johdettavissa hoitamisen etiikan perushyveistä, jotka ovat hyvän tahtominen (*benevolentia*), hyvän tekeminen (*beneficentia*) ja vahingon tuottamisen välttäminen (*non-maleficentia*). Kaksi jälkimmäistä voivat kuitenkin olla keskenään ristiriidassa. Veikko Launiksen mukaan tämä ristiriita ratkaistaan useimmiten pyrkimällä ennen muuta välttämään potilaan vahingoittamista (*primum non nocere*).⁷⁶

Paternalismin ongelma syntyy, kun hoitamisen velvoite joutuu vastakkain itsemääräämisoikeuden kanssa.⁷⁷ Paternalismi tarkoittaa Louhialan ja Launiksen mukaan käytännössä sitä, että joku muu arvelee tietävänsä potilaan edun

⁷² Louhiala & Launis 2009, 32.

⁷³ Launis 2013, 27–28.

⁷⁴ Launis 2013, 28.

⁷⁵ Launis 2013, 28.

⁷⁶ Launis 2013, 28.

⁷⁷ Launis 2013, 28.

paremmin kuin tämä itse ja katsoo sen nojalla oikeudekseen tehdä päätöksiä tämän puolesta. Paternalismia perustellaan juuri hoitamisen periaatteella ja kulttuuriset tekijät määrittävät, kuinka siihen suhtaudutaan. Individualistisissa kulttuureissa itsemääräämisoikeus on keskeisessä asemassa, mikä on meilläkin hyvin todettavissa esimerkiksi niin kutsutussa potilaslaissa.⁷⁸

Paternalismin ongelman ydin on Launiksen mielestä kuitenkin siinä, kuinka luotettavasti lääkäri osaa arvioida sitä, milloin henkilö ei itse kykene ymmärtämään todellista etuaan, sillä vain silloin, kun potilaan harkintakyky ei ole tilanteen edellyttämällä tasolla, tahdon vastainen, hyvää tarkoittava toiminta voidaan oikeuttaa.⁷⁹

Veikko Launis muotoilee *oikeudenmukaisuuden* periaatteen seuraavasti:

potilaille tulee taata yhtäläinen mahdollisuus saada tarkoituksenmukaista hoitoa, ja erityisesti on turvattava huonoimmassa asemassa olevien tilanne.⁸⁰

Launis huomauttaa, että keskeistä oikeudenmukaisuuden periaatteen perusteella on määritellä se, mikä on oikeudenmukainen määrä resursseja potilaiden hoitamiseen. Oikeudenmukainen määrä ei välttämättä tarkoita samaa kuin riittävä määrä.⁸¹ Louhiala ja Launis korostavat resurssien oikeudenmukaisen jakamisen tärkeyttä ja määrittelevät hoitoa koskevan oikeudenmukaisuuden periaatteeksi, että ”olennaisilta osiltaan samanlaisia tapauksia on kohdeltava samalla tavalla ja erilaisia tapauksia eri tavalla”.⁸²

Myös Juhani Pietarinen on korostanut, että oikeudenmukaisuuden kannalta oleellinen kysymys on, miten käytössä olevat voimavarat pitäisi jakaa, jotta oikeudenmukaisuus toteutuisi. Hän on esittänyt ratkaisuksi yhteiskunnan resurssien jakamista niin, että olisi mahdollista kohentaa kaikkien osapuolten asemaa.⁸³

Launis toteaa, että käytännön hoitotilanteissa oikeudenmukaisuuden periaate voi vaatia lääkäriä tekemään kompromisseja muiden eettisten periaatteiden suhteen. Koska voimavaroja ei riitä siihen, että kaikkia hoidetaan kaikin mahdollisin keinoin, on punnittava erilaisten potilaiden ja potilasryhmien oikeuksia ja tarpeita keskenään. Lääkäri voi joutua asettamaan vastakkain yhden potilaan elämän arvon ja toisten potilaiden elämän arvon ja elämänlaadun.

⁷⁸ Louhiala & Launis 2009, 33–35; Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785, 2 luku.

⁷⁹ Launis 2013, 28.

⁸⁰ Launis 2013, 29.

⁸¹ Launis 2013, 29.

⁸² Louhiala & Launis 2009, 37.

⁸³ Pietarinen 1995, 47–49.

Resurssien jakamisen ongelma on silti ratkaistava käytännössä tavalla tai toisella.⁸⁴

Hyödyn maksimoimisen periaate edustaa hyötyetiikkaa ja se edellyttää toimittavan niin, että odotettavissa oleva hyöty suhteessa haittoihin on mahdollisimman suuri.⁸⁵ Terveystenhoitoon sovellettuna tämä voidaan Launin mukaan esittää seuraavasti:

pitää valita sellainen toimenpide, jonka terveyshyöty suhteessa haittoihin on mahdollisimman suuri.⁸⁶

Terveysthyöty määritellään Launin mukaan potilaan toimintakyvyn tai kuntoisuuden lisääntymisenä. Toimenpiteiden vaatimat taloudelliset resurssit luetaan osaksi haittoja. Hoitotoimenpiteen vaikuttavuus puolestaan kertoo saavutetusta terveyshyödystä. Vaikuttavuus ei ole sama asia kuin tehokkuus. Tehokkaassa hoidossa hyötyjen suhde kustannuksiin on mahdollisimman suuri. Kahta hoitoa tai toimenpidettä toisiinsa verrattaessa tehokkaampi niistä on se, jolla saadaan samoin kustannuksin suurempi terveyshyöty tai jolla sama terveyshyöty saadaan vähäisemmin kustannuksin.⁸⁷

Tehokkuuteen pyrkiminen on paitsi taloudellisesti myös moraalisesti perusteltua. Launis huomauttaa, että voimavarojen tarpeeton tuhlaaminen on vastoin hyödyn maksimoimisen periaatetta. Resurssien tarpeettomalla tuhlaamisella tarkoitetaan esimerkiksi tehoamatonta lääkitystä tai hoitoa. Lisäksi hän muistuttaa, että tuhlailemalla voidaan aiheuttaa myös suurta vahinkoa monille potilaille – jos voimavaroja tuhlaetaan yhtäällä, niitä ei voida käyttää johonkin muuhun.⁸⁸

Hyödyn maksimoimisen periaate joutuu helposti ristiriitaan oikeudenmukaisuuden periaatteen kanssa. Launis muistuttaa, että oikeudenmukaisena ei voida pitää sellaista hoitoa, joka tuottaa harvoille potilaille hyvin suurta terveyshyötyä, mutta samalla heikentää useiden muiden potilaiden

⁸⁴ Launis 2013, 29.

On todettava, että kaikkien mielestä lääkärin työhön ei välttämättä kuulu sen määritteleminen, miten voimavarat tulisi jakaa. Artikkelissaan *Unelmia paremmasta maailmasta* arkkiatri Risto Pelkonen (2003, 2680–2681) toteaa, että lääkärin tehtävänä ei ole määritellä, mitä sairauksia tulisi hoitaa tai mitä hoito saa maksaa. Hän vetoaa lääkäreihin sen puolesta, että jokaista potilasta hoidettaisiin aina yksilönä. Arkkiatrin mukaan lääkäriä sitovat moraalinen hoitamisen velvoite ja laki, eivät ulkopuoliset tahot ja raha.

Lääkärin etiikka -kirjassa (2013, 174) määritellään, että vain lääketieteellinen syy on ainoa lääkärille soveltuva peruste asettaa potilaitaan tärkeysjärjestykseen heitä hoitaessaan. Hallinnon ja asiantuntijantehtävissä toimiessaan lääkärin asiantuntemusta tarvitaan muun muassa arvioitaessa terveydenhuollon voimavarojen riittävyyttä ja priorisointipäätösten seurauksia.

⁸⁵ Launis 2013, 29.

⁸⁶ Launis 2013, 29.

⁸⁷ Launis 2013, 29.

⁸⁸ Launis 2013, 29.

hoidon tehokkuutta. Olemassa olevat voimavarat tulee jakaa oikeudenmukaisesti. On myös pidettävä epäoikeudenmukaisena ja moraalisesti kestäättömänä sellaista hoitoa, jossa hyöty maksimoidaan vain ja ainoastaan taloudellisin perustein. Jokaisen terveydentilaa on pyrittävä parantamaan niin hyvin kuin mahdollista, mutta oikeudenmukaisuuden ja ihmisarvon kunnioittamisen periaatteet edellyttävät, että kaikilla on tasapuoliset mahdollisuudet oman terveytensä ylläpitämiseen ja ihmisarvoiseen hoitoon.⁸⁹

Olen tarkastellut tässä luvussa lääkärin etiikan kehittymistä ja kuvannut suomalaisen lääkärin etiikan keskeisiä periaatteita. Lääkäri joutuu työssään punnitsemaan periaatteiden merkitystä ja arvioimaan niiden tärkeyttä suhteessa toisiinsa. Sinänsä hyväksyttävät periaatteet voivat joutua keskenään ristiriitaan eikä yleispäteviä ratkaisuja yksittäisiin tilanteisiin aina ole löydettävissä. Lääkärin etiikassa joudutaan hyväksymään eettinen pluralismi.

Havaitsin lääkärin etiikan kehittyneen voimakkaasti 1900-luvulla. Uuden ajan lääkärin etiikassa yksilön näkökulma korostuu. Itsemääräämisen kunnioittamisen periaatteella on aiempaa tärkeämpi asema erityisesti kehittyneissä maissa.

3. Lääkäri moraalisenä toimijana

Tässä luvussa tarkastelen lääkärin moraalisen toimijuuden edellytyksiä ja ehtoja, ja selvennän eräitä tutkimuksen kannalta tärkeitä termejä ja käsitteitä. Tutkin ensin luvussa 3.1. moraalisen toimijuuden käsitettä ja sen yhteyttä autonomiaan. Luvussa 3.2. tarkastelen profession käsitettä ja kuvaan, miten professiot voidaan määritellä tiedon, vallan, oikeuden ja auktoriteetin käsitteiden avulla, ja miten voidaan perustella ammattilaisen oikeus toimia ja tehdä päätöksiä itsenäisesti. Esitän myös lääkärin ammattikunnan määritelmän lääkäriprofessionille ja profession käsitteestä johdetulle professionalismille. Päättän luvun sosiologisen tutkimuksen näkökulmiin professioiden asemasta ja suhteista yhteiskuntaan. Luvussa 3.3. määrittelen lääkärin ammattietiikkaa ja sen suhdetta lääkäriprofessioniin ja yksittäiseen lääkäritoimijaan.

3.1. Moraalinen toimijuus ja autonomia

Lääkärin toimintaa voidaan kuvata sanomalla, että lääkäri tavoittelee toiminnallaan jotakin toisen tai toisten terveyden ja hyvinvoinnin kannalta merkityksellistä hyvää tai pyrkii jollakin tavoin edistämään sitä. Toisten hyvän

⁸⁹ Launis 2013, 29.

edistämiseen tähtäävää toimintaa kutsutaan moraaliseksi toiminnaksi, minkä vuoksi lääkärinkin toiminta on perustaltaan moraalista toimintaa.⁹⁰

Lääkärin toiminta kohdistuu toiseen tai toisiin, joita yleensä tässä yhteydessä kutsutaan potilaaksi tai potilaiksi sillä perusteella, että heillä on jokin terveyttä tai hyvinvointia koskeva tarve, vaje tai puute. Potilas-sanalla tai tilalla saatetaan terveydenhuollossa nykyään käyttää myös sanaa asiakas, mutta tässä tutkielmassa kutsun lääkärin toisen hyvää tavoittelevan tai sitä edistävän toiminnan kohdetta potilaaksi.⁹¹

Moraalista toimintaa harjoittava henkilö on moraalinen toimija. Moraaliseen toimijuuteen liittyy myös vastuu. Moraalin vaatimusten mukaan toimiminen ja vastuullisuus omasta toiminnasta edellyttävät, että toimija kykenee harkitsemaan päämääriä ja keinoja, joilla päämäärät voidaan saavuttaa. Hänen tulee myös pystyä tavoittelemaan niitä omalla toiminnallaan. Moraalisen toimijan oletetaan osaavan perustella ja tarvittaessa myös selittää toimintansa oikeutus. Jos hän on saanut toiminnallaan aikaan vahinkoa, häntä voidaan moittia siitä ja voidaan sanoa vahingon olleen hänen syynsä. Toisaalta häntä voidaan kiittää ja kehua toiminnalla aikaansaaduista suotuisista muutoksista ja niiden voidaan sanoa olevan hänen ansiotaan.⁹²

Koulutus, korkea ammattitaito ja sen ylläpitäminen ovat edellytyksiä sille, että lääkäri voi kantaa vastuun toimintansa moraalista laadusta.⁹³ Koulutuksensa nojalla hänellä on myös oikeuksia, joihin ei ilman lääkärin koulutusta ole lupaa,

⁹⁰ Hallamaa 2017, 72.

⁹¹ Kielitoimiston sanakirjan määritelmä sanalle potilas on ”sairas, varsinkin lääkärin tai sairaalahoidossa oleva”. Asiakas puolestaan on ”liikkeessä, virastossa tai muussa sellaisessa asioiva, jollakin ammatinharjoittajalla jotakin teettävä tai tältä jotakin ostava henkilö tai liike”. Karppinen (2019) on tutkinut sanojen potilas ja asiakas käyttöä terveydenhuollon verkkoteksteissä. Hänen mukaansa sanoja potilas ja asiakas käytetään usein samanmerkityksisinä, mutta ne voivat herättää erilaisia mielikuvia. Potilas-sanalla käyttö on sidoksissa tiettyyn akuuttiin hoitojaksoon. Karppisen mukaan käsitys potilaasta ihmisenä on kapea ja perustuu diagnoosiin. Potilas voidaan nähdä passiivisena hoidon kohteena. Sana asiakas herättää myönteisempiä mielikuvia: asiakas on potilasta aktiivisempi ja hänet mielletään lääkärin ja hoitajien rinnalla tasavertaiseksi toimijaksi. Samuli Saarnin (2018) ja Virpi Ekholmin (2018) mukaan lääkärit puhuvat mieluummin potilaasta kuin asiakkaasta. Lääkärin näkökulmasta potilas voi jättää vastuun hoidostaan ja sen riskeistä lääkärille. Ollakseen täysivaltainen asiakas potilaan tulisi tietää, millaisia palveluita hän tarvitsee, ja hänen tulisi pystyä erottamaan huono ja laadukas palvelu toisistaan. Tähän potilas Ekholmin haastatteleminen lääkärin ja Samuli Saarnin mielestä harvoin kykenee. Karppisen tutkimuksen perusteella asiakas-sanalla käyttö potilas-sanalla sijaan olisi sopusoinnussa uuden ajan lääkärin etiikan yksilöä korostavan ajattelun kanssa. Tutkimukseni lähde on kuitenkin kirjoitettu lääkärin näkökulmasta ja *Lääkärin etiikka* -kirjassa käytetään muutamia poikkeuksia lukuun ottamatta potilas-sanaa. Selkeyden vuoksi olen päättänyt noudattamaan tutkimuksessani yhdenmukaista tapaa lähteen kanssa.

⁹² Hallamaa 2017, 26–27.

⁹³ Pälve 2013, 13.

esimerkiksi toisen henkilön koskemattomuuteen kajoaminen tutkimustarkoituksessa.⁹⁴

Jaana Hallamaa määrittelee lääkärin toiminnan tavoitteiksi sairauksien parantamisen ja hoitamisen sekä kärsimyksen lieventämisen lisäksi myös hyvinvoinnin kohentamisen.⁹⁵ *Lääkärin etiikka* -kirjassa lääkärin tehtäviksi määritellään yleisesti ihmiselämän suojaaminen, terveyden edistäminen ja kärsimyksen lievittäminen.⁹⁶ Lääkärin tehtävää suhteessa potilaaseen määritellään kahtalaisesti: toisaalta lääkärin tulee toimia potilaansa parhaaksi ja toisaalta hänen tulee toimia asiantuntijana, jonka tietoja ja taitoja potilas käyttää hyväkseen.⁹⁷ Lääkärillä on oikeus lain antaman valtuutuksen nojalla ”päättää potilaan lääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärittämisestä ja siihen liittyvästä hoidosta”⁹⁸, joskin todetaan potilaslain⁹⁹ hengen mukaisesti, että hoidon toteutuksesta ja tutkimuksista tulee viime kädessä päättää yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Lääkärillä ei kuitenkaan ole velvoitetta noudattaa potilaan tahtoa, kun hän määrää tutkimuksia ja hoitoa, vaikka potilaalla on oikeus esittää niistä oma mielipiteensä.¹⁰⁰ Vastakkain näyttävät tässä asettuvan potilaan itsemääräämisoikeus ja lääkärin autonomia päättää ammattitaitonsa nojalla potilaan hoidosta.

Autonomialla tarkoitetaan moraalifilosofiassa riippumattomuutta, omalakisuuutta ja itsenäisyyttä.¹⁰¹ Toimijuuden ehtojen katsotaan täyttyvän, kun henkilö on kykenevä asettamaan päämääriä, ymmärtää syy-seuraussuhteita osaten arvioida niitä ja pystyy tavoittelemaan toiminnallaan itselleen asettamiaan päämääriä.¹⁰² Aidon lääkäri-toimijan tulee siksi olla potilaan hoitoa koskevissa asioissa autonominen, jotta häntä voidaan pitää moraalisesti vastuullisena toiminnastaan edellä esitetyn määritelmän mukaan. Tältä pohjalta on myös ymmärrettävä, miksi ristiriitatilanteessa lääkärin autonomiaa voidaan perustellusti pitää potilaan itsemääräämisoikeutta vahvempana.

⁹⁴ Lääkärin etiikka 2013, 196.

⁹⁵ Hallamaa 2013, 22.

⁹⁶ Lääkärin etiikka 2013, 50.

⁹⁷ Lääkärin etiikka 2013, 41.

⁹⁸ Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559, 22§.

⁹⁹ Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785, 6§.

¹⁰⁰ Lääkärin etiikka 2013, 41.

¹⁰¹ Tieteen termipankki: Filosofia: autonomia.

¹⁰² Hallamaa 2017, 20–21.

3.2. *Professio, lääkäriprofessio ja professionalism*

Profession eli ammatin tai ammattikunnan käsite on tärkeä puhuttaessa lääkärin ammatista. *Lääkärin etiikka* -kirjassa todetaan lääkärin ammattikunnan olevan tyypillisin ja perinteisin professio, jolle ovat leimallisia pitkän koulutuksen mahdollistama, yhteiskunnallisesti tärkeä erikoisosaaminen ja yhteinen arvopohja.¹⁰³

Timo Airaksinen määrittelee ammatit tiedon, vallan, oikeuden ja auktoriteetin käsitteiden avulla. Hän katsoo, että niihin kuuluu olennaisena osana osaamisen yhteys oman alan tiedeperustaan. Professioissa koulutus ja ammattitaito perustuvat teoreettiseen ja metodisesti kehittyneeseen tiedon hankintaan ja tiedon välitykseen. Ammattia edustavilla, ammatillisilla, on sekä etuoikeus että yksinoikeus tähän tietoon ja profession ulkopuolisia pidetään puoskareina.¹⁰⁴

Ammatillisella on myös valtaa. Hän ei ole päätöksissään ja toimissaan jatkuvasti sidottu muiden päätöksiin, vaan on ainakin jossain määrin itsenäinen eli autonominen suhteessa yhteiskunnan päätösmekanismeihin. Profession valta perustuu autonomiaan. Itsenäisyys on professioille kuuluva oikeus.¹⁰⁵

Autonomian lisäksi professioiden oikeuksiin voidaan Airaksisen mukaan lukea se, että ne itse järjestävät sisäisiä asioitaan ja olojaan haluamallaan tavalla. Ulkopuoliset eivät voi puuttua ammattikunnan sisäisiin asioihin. Airaksisen mukaan professioihin kytkeytyvät valta ja oikeudet voidaan ymmärtää auktoriteetin käsitteen avulla. Ammatilainen on auktoriteetti, koska hänen sanaansa kuunnellaan ja totellaan. Hänellä on tietoa, jota muilla ei ole, ja siksi hänellä on valtaa. Hänellä on profession jäsenenä oikeus toimia ja tehdä päätöksiä itsenäisesti.¹⁰⁶

Airaksinen tiivistää käsityksensä ammateista sanomalla, että ammatti on ammattikunnan osaaminen, asema ja auktoriteetti yhdistettynä. Hän korostaa, että auktoriteettia ei voi olla ilman työn taitoja eikä ilman asemaa.¹⁰⁷

¹⁰³ Lääkärin etiikka 2013, 194–195. *Lääkärin etiikka* -kirjassa puhutaan lääkärin ammattikunnasta lääkäriprofessiona yleisesti. Silloin kun tarkoitetaan lääkärin ammattiliittoja, Suomen Lääkäriliittoa ja Suomen Hammaslääkäriliittoa, puhutaan niistä näillä nimillä eikä ammattiliitoista puhuta profession synonyymeinä.

¹⁰⁴ Airaksinen 1992, 25–26.

¹⁰⁵ Airaksinen 1992, 25–26.

¹⁰⁶ Airaksinen 1992, 25–27.

¹⁰⁷ Airaksinen 1992, 26. Airaksinen viittaa tässä kohdin autonomiaan yleensä itsenäisyyden merkityksessä. Tutkielman aiheen kannalta erolla lääkäriprofession autonomian ja lääkärin kliinisen autonomian välillä on merkitystä. Käsittelen asiaa tarkemmin luvussa 4.5.

Airaksinen perustelee tapaansa määritellä ammatit tiedon, vallan, oikeuden ja auktoriteetin käsitteiden avulla viittaamalla siihen, miten ammatit yhteiskunnassa oikeutetaan. Hänen mukaansa profession oikeuttaminen perustellaan arvopäämäärillä, joita ammatinharjoittaminen yhteiskunnassa palvelee. Päämäärät liittyvät kaikille ihmisille yhteisiin, todellisiin arvoihin, kuten terveys, turvallisuus, vapaus, tasa-arvo ja hyvinvointi. Kullakin professiolla on sille tyypillinen päämäärä ja ammattikunnat perustelevatkin auktoriteettinsa ja oikeutensa juuri omien arvopäämääriensä avulla.¹⁰⁸

Lääkäriprofession keskeisiksi tuntomerkeiksi määritellään *Lääkärin etiikka* -kirjassa korkea ammattitaito sekä sen ylläpitäminen ja kehittäminen, altruismi, korkeiden eettisten ja moraalisten periaatteiden noudattaminen, humanististen arvojen kunnioittaminen ja sosiaalisen oikeudenmukaisuuden toteuttaminen. Lääkäriprofession yhteiskunnan hyväksymät tai sille asettamat oikeudet ovat puolestaan ”oikeus taudinmäärittelyyn ja hoitoihin, ja sen myötä tarvittaessa oikeus astua ruumiillisen koskemattomuuden alueelle, oikeus ottaa potilas sairaalahoitoon ja kotiuttaa potilas sairaalasta, ammattikunnan ja yksittäisten ammatinharjoittajien autonomian kunnioittaminen (sekä) kohtuullinen palkkaus ja yhteiskunnallinen arvostus”¹⁰⁹. Tekstissä korostetaan, että lääkäriprofession etiikan tärkein periaate on ollut ja on edelleen sitoutuminen yksittäisen potilaan auttamiseen lääkärin parhaan kyvyn mukaisesti.¹¹⁰

Profession käsitteestä johdetulle käsitteelle professionalismismi ei Amos Pasternackin mukaan ole helppo löytää sitä tyhjentävästi kuvaavaa suomenkielistä vastinetta, vaikka usein käytetäänkin esimerkiksi termejä ammatillisuus, ammattilaisuus, ammattimaisuus ja ammatillistuminen. Pasternackin mielestä ammattikunnan sitoutuminen yhteisiin ammattieettisiin velvoitteisiin ja hyvän ammatinharjoittamisen ihanteeseen on lääkärin professionalismia yleisesti määriteltynä.¹¹¹ *Lääkärin etiikka* -kirjan mukaan professionalismismi voidaan ymmärtää myös ammattikunnan ja yhteiskunnan väliseksi kirjoittamattomaksi sopimukseksi, jossa professio lupaa sitoutua eettisesti korkeatasoiseen toimintaan ja yhteiskunta puolestaan takaa professiolle sen autonomisen aseman.¹¹²

¹⁰⁸ Airaksinen 1992, 26–29.

¹⁰⁹ Lääkärin etiikka 2013, 196.

¹¹⁰ Lääkärin etiikka 2013, 195–196.

¹¹¹ Pasternack 2017, 11–12.

¹¹² Lääkärin etiikka 2013, 194.

Lääkärin etiikka -kirjassa esitetty näkemys professionalismista on samankaltainen nykyisen professiososiologisen ajattelun kanssa. *Autonomia ja ammatillisuus käytännön lääkäreiden näkökulmasta* -tutkimuksessa todetaan terveysalan ammattikuntien aseman perustuvan nykyajan

Sosiologisessa tutkimuksessa on tarkasteltu ahkerasti professioita, niiden asemaa ja suhteita yhteiskuntaan. 1980-luvulla vakiintuneen käsityksen mukaan professioiden ajatellaan edustavan yhteiskunnassa jatkuvasti muuttuvaa institutionalisoitunutta asiantuntijuutta. Se ei ole irrallaan yhteiskunnasta, vaan heijastelee vallitsevia ideologioita. Näkökulma on Suomessa auttanut ymmärtämään hyvinvointivaltiota ja professioiden asiantuntijavallan vaikutuksia hyvinvointipolitiikkaan.¹¹³

Aiemmin sosiologisessa tutkimuksessa pidettiin lääkäriprofession valtaa jopa ongelmallisena, mutta 2000-luvulle tultaessa tilanne on muuttunut ja nykypäivän professiososiologia tunnustaa ammattien autonomian eli ammattikunnan itsesäätelyn ja itsenäisyyden kaventuneen. Esimerkiksi julkishallinnossa johtamisessa vaikuttaa paljon tuotantotalouden näkökulma, minkä vuoksi uudenlainen tehokkuusajattelu on vallannut alaa. Vaikutus näkyy myös toimintakäytännöissä. Lääkärin näkökulmasta vaikutukset uhkaavat hoidollista autonomiaa.¹¹⁴

3.3. Ammattietiikka – lääkärin etiikka ja lääkärinvala

Marti Lindqvist on määritellyt ammattietiikan eettiseksi järjestelmäksi, joka säätelee käyttäytymistä ammattia harjoitettaessa.¹¹⁵ Lääketieteen etiikka keskittyy perinteisesti toisaalta yksittäiseen potilaaseen ja hänen hoitoonsa liittyvään kliiniseen problematiikkaan, toisaalta lääkärin toiminnan sellaisiin puoliin, joita nykyään pitäisimme lähinnä käyttäytymisetiketin osina, kuten lääkärin arvonmukainen käytös potilaita kohtaan tai oikea suhtautuminen opettajiin ja kollegoihin.¹¹⁶

Nykyisin lääkärin on toiminnassaan on otettava kantaa paljon aiempaa laajempiin asioihin eikä enää vain yksittäisen potilaan, vaan myös esimerkiksi yhteiskunnan näkökulmasta.¹¹⁷ Pelkonen ja Louhiala rajaavat kuitenkin ammattietiikan kohteeksi nimenomaan ammatillisten tekojen eettisyyttä koskevat

sosiologisessa ajattelussa odotukselle, jonka mukaan ”ne kykenevät oikeuttamaan vaateensa asiantuntijatiedolla ja eettisesti korkeatasoisella ammatin harjoittamisen tavalla”. (Wrede et al 2016, 10.)

¹¹³ Wrede et al 2016, 4.

¹¹⁴ Wrede et al 2016, 4–5.

¹¹⁵ Lindqvist 1978, 8.

¹¹⁶ Pälve 2013, 11–12.

¹¹⁷ Pälve 2013, 12.

kysymykset.¹¹⁸ He katsovat, että lääkärin ammattietiikan ytimessä normeina ja ohjeina ovat yhä lääkintäetiikan peruseriaatteen, jotka esittelin luvussa 2.2.¹¹⁹

Lääkärin työtä ei voi irrottaa eettisistä kysymyksistä.¹²⁰ Pelkonen ja Louhiala korostavat, että jokaisella lääkärin hoitopäätöksellä on eettinen ulottuvuus. Se juontuu lääkärin toiminnan lähtökohdista, sillä lääkäri tavoittelee toiminnallaan potilaan parasta ja hyvää sekä pyrkii välttämään vahingon tuottamista.¹²¹ Kuten aiemminkin perustelin, on lääkärin toiminta mitä syvimmiltään moraalista toimintaa.

Lääkärin ammattietiikkaan, jota *Lääkärin etiikka* -kirjassa kutsutaan lyhyesti lääkärin etiikaksi, on koottu yhteen lääkäriprofessionille keskeiset arvot.¹²² Pelkonen ja Louhiala toteavat lääkärin etiikan ydinasioiden sisältyvän nykyiseen lääkärinvalaan. Aiemmin valaa vastaava vakuutus sisältyi lakiin, mutta nykyisin lääkärinvala on lääkäriprofession sisäinen asia. Se on vapaaehtoinen, vaikkakin suurin osa vastavalmistuneista lääkäreistä sitoutuu siihen lausumalla valakaavan julkisessa valmistumistilaisuudessa.¹²³ Voikin perustellusti väittää, että lääkäriprofession itse haluaa ammattietiikan olevan keskeinen lääkärin toimintaa ohjaava normi.¹²⁴ Profession pyrkii myös tukemaan jäseniään ammattietiikan mukaisessa toiminnassa käytännön lääkärin työssä. *Lääkärin etiikka* -kirjan päätoimittaja Samuli Saarni toteaa kirjan päämäärän olevan ”ajassa ja käytännön elämässä kiinni oleva ammattietiikka”.¹²⁵

Tässä luvussa olen aluksi (luku 3.1.) tarkastellut lääkäriä moraalisena toimijana. Totesin lääkärin toiminnan olevan moraalista toimintaa. Moraaliseen toimijuuteen liittyy vastuu. Esitin moraalisen toimijuuden ehdoksi muun muassa sen, että toimijan on kyettävä harkitsemaan päämääriä ja keinoja, joilla päämäärät ovat saavutettavissa. Lisäksi toimijan on pystyttävä tavoittelemaan asettamiaan päämääriä toiminnallaan. Lääkärin pitkä koulutus ja korkea ammattitaito

¹¹⁸ Pelkonen & Louhiala 2011, 37.

¹¹⁹ Pelkonen & Louhiala 2011, 36.

¹²⁰ Ammattietiikka työn perustana.

¹²¹ Pelkonen & Louhiala 2011, 37.

¹²² Lääkärin etiikka 2013, 194.

¹²³ Pelkonen & Louhiala 2011, 39–41.

¹²⁴ Timo Airaksinen (1992, 23) on kritisoinut ammattien eettisten koodien merkitystä yleisesti sen johdosta, että koodi on vastuun kantajan itsensä luoma. Airaksisen mukaan ammatin eettistä koodia pidetään tärkeänä ennen muuta siksi, että koodiin vedoten tunnustetaan ammattikunnan valta ja että se kiteyttää ammattikunnan vastuun periaatteiksi ja toimii yhteisenä perustana sovittaessa ammatilaisen arvoideologiasta. Koodin tarkoitus olisi siis taata se, ettei ammattikunta käytä asemaansa ja valtaansa väärin. Airaksisen kriittinen suhtautuminen on tyypillinen viime vuosisadan lopun sosiologiselle ajattelulle, jota Wrede et al. (2016, 4–5) kuvaavat ja jonka mukaan lääkäriprofession valta näyttäytyi aiemmin ongelmallisen suurena.

¹²⁵ Lääkärin etiikka 2013, 5.

mahdollistavat sen, että lääkäri voi toiminnallaan edistää potilaiden terveyttä ja hyvinvointia. Esitin kuitenkin, että jotta lääkäriä voidaan pitää toiminnastaan vastuullisena, hänen on oltava itsenäinen ja riippumaton potilaan hoitoa koskevista asioista.

Profession, lääkäriprofession ja professionalismin tarkastelussa (luku 3.2.) kuvasin, miten professiot voivat perustella auktoriteettinsa ja oikeutensa niillä arvopäämäärillä, joiden toteuttamista ne yhteiskunnassa palvelevat. Arvopäämäärien lisäksi auktoriteetti edellyttää työn taitoja ja aseman. Totesin profession vallan perustuvan autonomiaan, joka on niille kuuluva oikeus. Esitin, miten ammattilaisen auktoriteetin voi ajatella perustuvan tietoon, joka puolestaan antaa hänelle valtaa ja oikeuden profession jäsenenä itsenäiseen toimintaan ja päätöksentekoon. Lääkäriprofession tuntomerkeiksi kuvasin lähdeteosta lainaten korkean ammattitaidon ja sen ylläpitämisen ja kehittämisen, humanististen arvojen kunnioittamisen ja sosiaalisen oikeudenmukaisuuden toteuttamisen. Havaitsin olevan vaikeaa määritellä tarkkaan, mitä professionalismilla tarkoitetaan. Pääpiirteissään sitä kuvattiin ammattikunnan sitoutumiseksi eettisesti korkeatasoiseen toimintaan. Luvun lopuksi kerroin, kuinka viime vuosisadan lopun sosiologisessa tutkimuksessa lääkäriprofession valtaa pidettiin ongelmallisena. Tilanne on kuitenkin 2000-luvulla muuttunut ja professioiden autonomia on yhteiskunnassa tapahtuneiden muutosten johdosta kaventunut. Muutosten vaikutukset voivat vaarantaa myös yksittäisen lääkärin hoidollista autonomiaa.

Lopuksi kuvasin luvussa 3.3. lääkärin etiikaksi kutsutun lääkärin ammattietiikan merkitystä lääkärin työlle ja toiminnalle. Lääkärin etiikka säätelee lääkärin käyttäytymistä ammattia harjoitettaessa. Sen ydinasiat on kiteytetty lääkäriprofession muotoilemaan lääkärinvalaan, johon useimmat suomalaiset lääkärit valmistumistilaisuudessa sitoutuvat. Esitin olevan perusteltua väittää, että lääkäriprofessio haluaa antaa ammattietiikalle lääkärin toimintaa ohjaavan normin aseman.

4. Riippumattomuus lääkärin etiikan edellytyksenä

Ajatus riippumattomasta ja itsenäisestä lääkäristä tiivistyy lääkärin kliinisessä autonomiassa. Lääkäri on kuitenkin osa yhteiskuntaa ja yhteisöä, joiden vaikutuspiirissä hän elää, ja osa niistä sosiaalisia verkostoja, joihin hän on sidoksissa. Tutkimuksen pääluvussa keskityn tarkastelemaan lääkärin

riippumattomuutta ja itsenäisyyttä *Lääkärin etiikka* -kirjan kannanottojen valossa. Pyrin myös selvittämään, millaiset ovat lääkärin mahdollisuudet toimia työssään autonomisesti.

Aloitan tarkastelemalla (luku 4.1.), miten lääkäriprofession, lainsäätäjä ja professiososiologinen tutkimus määrittelevät lääkärin kliinistä autonomiaa, ja muotoilen näitä näkökulmia yhdistäen alustavan määritelmän lääkärin kliiniselle autonomialle. Luvussa 4.2. esitän joitakin esimerkkejä siitä, millä tavoin eri tahot voivat pyrkiä vaikuttamaan tai vaikuttavat lääkärin toimintaan niin, että lääkärin riippumattomuus kaventuu. Valaisen esimerkkien avulla kliinisen autonomian merkitystä ja siihen kohdistuvia uhkia lääkärin työssä.

Luvun 4 keskeinen sisältö (luvut 4.3.–4.5.) muodostuu *Lääkärin etiikka* -kirjan kannanottojen tarkastelusta ja analyysistä lääkärin kliinisen autonomian näkökulmasta. Käytin teksteille esitettyjä kysymyksiä analyysini apuna.¹²⁶ Tarkastelu jakautuu kolmeen osaan. Ensin tutkin (luku 4.3.) sitä, miten potilas-lääkärisuhdetta kuvataan ja millaisena lääkärin kliininen autonomia näyttäytyy suhteessa potilaaseen. Luvussa 4.4. tarkastelen lääkärin kliinisen autonomian ja lääkärin toimintaympäristön välistä suhdetta. Lopuksi tutkin (luku 4.5.) lääkäriprofession ja yksittäisen lääkärin kliinisen autonomian keskinäistä suhdetta. Teen kannanottojen teksteistä analyysiini perustuvia yleisiä huomioita ja selvennän muutamien yksityiskohtaisemmin esitettyjen tekstikohtien kautta joitakin mielestäni keskeisiä näkökulmia.

4.1. Lääkärin kliininen autonomia

Lääkärin kliininen autonomia on profession tärkeimpiä piirteitä. Se luo pohjan potilaan ja lääkärin väliselle luottamukselliselle hoitosuhteelle, jossa lääkäri toteuttaa ne hoitoa koskevat valinnat, jotka hän tietonsa ja taitonsa pohjalta katsoo parhaaksi.¹²⁷

Näin kirjoittaa Amos Pasternack lääkäriprofessiota käsittelevässä kirjassa.

Lääkärin kliininen autonomia on lainauksen mukaan keskeinen osa lääkärintoimen harjoittamista. Kuitenkin *Lääkärin etiikka* -kirjan teksteissä lääkärin kliinisestä autonomiasta puhutaan kirjan laajuuteen ja asian ilmeiseen tärkeyteen nähden vähän. Kirjassa käytetään lääkärin kliinisen autonomian lisäksi samankaltaisia termejä ammatin autonomia, ammatillinen autonomia ja lääkärin

¹²⁶ Kysymysten avulla tarkastelin potilaan ja lääkärin välistä suhdetta sekä sitä, millainen kuva lääkäristä ja toisaalta potilaasta kannanotoissa annetaan. Yksi kiinnostukseni kohde oli lääkärin toimijuus ja se, millaisena toimijana lääkäri kannanotoissa kuvataan. Kannanottoja analysoidessani kiinnitin huomiota siihen, ovatko niissä annetut ohjeet ja neuvot sovellettavissa todellisuuteen. Tarkastelin myös konditionaalina käyttöä ja sitä, mitä ehdollinen muoto mahdollisesti jätti sanomatta. Vielä tutkin, perustellaanko kannanotoissa asioita lääkärin etiikan perusarvoihin tukeutuen. Analyysissä käyttämäni kysymykset on koottu liitteeseen.

oma autonomia tai lääkärin autonomia, mutta niiden merkitystä ei teksteissä selitetä. Kannanotoissa puhutaan myös hoitopäätösautonomiasta, jolloin termi itsessään rajaa lääkärin autonomian koskemaan vain hoitopäätöksiä.¹²⁸

Vain yhdessä kohdin määritellään tarkemmin sitä, mitä lääkärin kliinisellä autonomialla tarkoitetaan. *Lääkäri ja yhteiskunta* -luvun kannanotossa *Lääkäri ja potilas muuttuvassa yhteiskunnassa* kliinisen autonomian käsitettä selvennetään riippumattomuuden ja itsenäisyyden käsitteiden avulla seuraavasti:

Lääkärin kliininen autonomia on luottamuksellisen potilas-lääkärisuhteen edellytys. Lääkärin tulee olla riippumaton ja itsenäinen potilastyöhön liittyvässä päätöksenteossaan riippumatta siitä, millaisessa organisaatiossa hän toimii. Yhtä lailla lääkärin tulee olla riippumaton ja itsenäinen suhteessa hoitoja vaativaan potilaaseen niin, että hän voi pysyttäytyä lääketieteellisesti perustelluissa hoitomuodoissa.¹²⁹

Näin määriteltynä lääkärin kliininen autonomia liittyy lääkärin potilaaseen kohdistamaan toimintaan ja erityisesti potilastyön edellyttämään, päätöksentekona ilmenevään toimintaan. Potilastyöhön kuuluva päätöksentekotoiminta edellyttää lääkärin riippumattomuutta ja itsenäisyyttä, joskin potilaan itsemääräämisoikeus siltä osin kuin siitä on potilaslaissa säädetty asettaa tiettyjä reunaehtoja lääkärin hoitopäätöksiin liittyvälle autonomialle.¹³⁰

Lääkärin etiikka -kirjan mukaan lääkärillä on eettinen velvollisuus ylläpitää ammattitaitoaan ja käyttää tieteellistä näyttöä¹³¹ hyväkseen hoitopäätöksissään.

¹²⁷ Pasternack 2017, 10.

¹²⁸ Heikki Pälve käyttää *Lääkärin etiikka* -kirjan asiantuntija-artikkelissaan termiä kliininen autonomia yhden kerran. (Pälve 2013, 13.) Muutoin kirjan alkuosan asiantuntija-artikkeleissa puhutaan ennen muuta ammatin autonomiasta sekä ammatillisesta autonomiasta ja yhdessä kohdin lääkärin omasta autonomiasta. Suomen Lääkäriliiton eettisen neuvottelukunnan kannanotoissa termit kliininen autonomia, lääkärin autonomia ja hoitopäätösautonomia esiintyvät yhteensä vain seitsemässä kannanotossa luvuissa *Potilas-lääkärisuhde*, *Lääkäri ja yhteiskunta*, *Lääkäri ja professio* ja *Lääkäri, potilas ja kolmas osapuoli* sekä lisäksi suun terveydenhuollon eettisiä kysymyksiä käsittelevän luvun johdannossa.

¹²⁹ Lääkärin etiikka 2013, 169.

¹³⁰ ”Lääkärin hoitopäätösautonomiata kaventavat kuitenkin potilaan itsemääräämistä koskevat potilaslain säännökset.” (Lääkärin etiikka 2013, 40.)

¹³¹ Tieteellisen näytön käyttäminen hoitopäätösten perustana on erotettava näyttöön perustuvasta lääketieteestä (NPL, engl. *evidence-based medicine*, EBM), jolla tarkoitetaan *Lääkärin etiikka* -kirjan mukaan (Lääkärin etiikka 2013, 68.) 1990-luvun alkupuolella lääketieteessä syntynyt tapaa suhtautua tieteellisen tiedon analysointiin. Johtajatuksena NPL:ssä oli, että kliinisen päätöksenteon tueksi tarvitaan kliinisiä hoitotutkimuksia aiemmin päätöksenteossa hallinneiden intuition, akateemisen auktoriteetin, epäsystemaattisen kliinisen kokemuksen ja patofysiologisen päättelyn rinnalle. Tavoitteena oli, että uusia tiedonhaun työkaluja hyödyntämällä lääkärin olisi ollut helpompi hakeutua alkuperäisen tiedon lähteille. Vaikka tavoite osoittautuikin epärealistiseksi, on näyttöön perustuvan lääketieteen innoittamana kehitetty tapoja, joilla lääketieteellisen tutkimuksen tulokset on tehty kliinistä työtä tekeville lääkäreille helpommin hyödynnettäviksi. Tunnettu esimerkki näyttöön perustuvan lääketieteen soveltamisesta ovat niin kutsutut Käypä hoito -suositukset (www.kaypahoito.fi), joita on Suomessakin tehty jo neljännesvuosisadan ajan.

Pekka Louhiala ja Harri Hemilä (2005) korostavat, että näyttöön perustuva lääketiede ei yksinään riitä lääkärin hoitopäätösten perustaksi. Se ei kykene auttamaan lääkäreitä esimerkiksi erilaisissa arvovalinnoissa, joita todellisiin hoitotilanteisiin liittyy. Lisäksi päähuomion kohdistuessa satunnaistettuihin tutkimuksiin ja meta-analyysiin voi käsitys potilas-lääkärisuhteen luonteesta

Lääketieteellisesti perustellut hoitomuodot perustuvat tutkimustietoon ja lääkärin kokemukseen.¹³² Lääkärin tulee hoitopäätöksessä yhdistää lääketieteelliseen asiantuntemukseensa potilaan arvot ja toiveet sekä käytettävissä olevat resurssit, mutta lääkärin toimintaorganisaation tai muiden ulkopuolisten tekijöiden sen paremmin kuin hoitoja vaativan potilaankaan ei pidä antaa vaikuttaa lääkärin riippumattomuuteen ja itsenäisyyteen.¹³³

Lääkärin kliinisen autonomian määritelmää voidaan etsiä myös Suomen lainsäädännöstä. Kari Pylkkäsen mielestä laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä luodaan perusta lääkärin kliiniselle autonomialle ja sen rajoituksille. *Lääkärin etiikka* -kirjan tavoin Pylkkäsenkin katsoo luottamuksellisen potilas-lääkärisuhteen välttämättä edellyttävän, että lääkäriellä on riittävä kliininen autonomia. Suomen lainsäädäntö turvaa lääkärin riittävän kliinisen autonomian antamalla lääkärille lakiin kirjatut oikeudet.¹³⁴

Potilaan lääketieteellistä tutkimusta, taudinmäärittystä ja siihen liittyvää hoitoa koskevat päätökset on rajattu vain laillistetun lääkärin oikeuksiksi. Lääkkeiden määrääminen ja lääkintölaillisten todistusten ja lausuntojen kirjoittaminen sekä potilaan sairaalaan ottaminen ja sairaalasta poistaminen ovat lain nojalla vain lääkärille kuuluvia oikeuksia. Vastaavasti vain laillistettu hammaslääkäri voi päättää potilaan hammaslääketieteellisestä tutkimuksesta, taudinmäärittämisestä ja siihen liittyvästä hoidosta ja hänellä on oikeus lääkkeiden määräämiseen sekä lääkintölaillisten todistusten ja lausuntojen kirjoittamiseen.¹³⁵

Lääkärin kliininen autonomia ja profession autonomia ovat olleet keskeisiä teemoja Suomen Lääkäriliiton toiminnassa 2010-luvulla. Liitto toteutti vuosina 2014–15 hankkeen kartoittaakseen lääkärin ja lääkärikunnan autonomian tilaa.¹³⁶

vääristyä. Näyttöön perustuvaan lääketieteeseen liittyy myös riski lääkehoitojen liiallisesta suosimisesta muiden hoitomuotojen kustannuksella.

¹³² Lääkärinvalan mukaan lääkärin tulee käyttää ”vain lääketieteellisen tutkimustiedon tai kokemuksen hyödyllisiksi osoittamia menetelmiä” (Lääkärinvala.). Laki puolestaan velvoittaa lääkäriä soveltamaan ammattitoiminnassaan ”yleisesti hyväksyttyjä ja kokemuspäisiä perusteltuja menettelytapoja” (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559, 15§.).

¹³³ Lääkärin etiikka 2013, 68–69, 169.

¹³⁴ Pylkkänen 2000, 72.

¹³⁵ Pylkkänen 2000, 72.

Laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä säädetään myös sairaanhoitajien oikeudesta rajattuun ja määräaikaaiseen lääkkeenmääräämiseen. Molemmat oikeudet edellyttävät kuitenkin muiden ehtojen lisäksi vastaavan lääkärin kirjallisen määräyksen kyseiselle sairaanhoitajalle siinä toimintayksikössä, jossa hän työskentelee. Sairaanhoitajan lääkkeenmäärääminen ei siis ole sillä tavoin itsenäistä toimintaa kuin lääkärin tai hammaslääkärin. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559, 22§–23c§.)

¹³⁶ Autonomiahankkeessa pidettiin tarpeellisina muun muassa tulevaisuuden haasteiden havainnointia ja mahdollisten autonomian uhkien tunnistamista lääkärin työympäristössä, lääkärikunnassa ja yhteiskunnassa. Hankkeen yhtenä tavoitteena oli myös löytää ratkaisuja autonomian haasteisiin ja ughiin. Suomen Lääkäriliitto valmisti 2015 hankkeeseen liittyen

Lääkäriliitto halusi selvittää käytännön toimijoiden näkemyksiä toteuttamalla *Autonomia ja ammatillisuus käytännön lääkäreiden näkökulmasta* -tutkimuksen yhteistyössä Helsingin yliopiston sosiaalitieteiden laitoksen tutkimusryhmän kanssa.¹³⁷

Noin puolet *Autonomia ja ammatillisuus käytännön lääkäreiden näkökulmasta* -tutkimuksessa haastatelluista lääkäreistä¹³⁸ käsitti autonomian tarkoittavan ennen muuta itsenäisyyttä ja riippumattomuutta kliinisessä työssä. Toisaalta moni piti autonomian käsitettä itselleen jossain määrin vieraana ja hankalasti määritettävänä.¹³⁹

Tutkimuksen tekijät esittävät mahdollisiksi syiksi autonomiasta puhumisen vaikeudelle yhtäältä sen, että lääkärit ovat usein tottumattomia työnsä tarkasteluun autonomian käsitteen kautta sekä toisaalta sen että autonomian toteuttamista koskevat kysymykset saatetaan kokea arkaluonteisiksi. Haastatellut lääkärit eivät pitäneet autonomiaa aina ongelmattomana ja liittivät siihen kielteisiäkin merkityksiä.¹⁴⁰

Osa tutkimuksessa haastatelluista lääkäreistä erotti toisistaan hyvän ja huonon autonomian. Hyvään autonomiaan yhdistettiin muun muassa ulkopuolisten luottamus lääkärin ammattitaitoon, kun huonoksi autonomiaksi kuvattiin tämän luottamuksen väärinkäyttö. Huonoon autonomiaan luettiin myös esimerkiksi piittaamattomuus laeista tai hoitosuosituksista.¹⁴¹

Autonomia ja ammatillisuus käytännön lääkäreiden näkökulmasta -tutkimuksessa autonomiaa tarkastellaan sosiologisen ammattientutkimuksen näkökulmasta toisaalta profession autonomiana ja toisaalta hoidollisena autonomiana yksittäisen lääkärin työssä.¹⁴² Tämän tutkimuksen kohteena oleva yksittäisen lääkärin hoidollinen autonomia määritellään *Autonomia ja ammatillisuus käytännön lääkäreiden näkökulmasta* -tutkimuksen johdannossa lyhyesti lääkäriprofession perinteisen käsityksen mukaisena lääkärin työhön

omaan käyttöönsä myös julkaisemattoman selonteon *Lääkärikunnan autonomia potilaan ja yhteiskunnan parhaaksi* (Wrede et al 2016, 2.). Autonomiahankkeesta enemmän tietoa Suomen Lääkäriliiton internetsivuilla: <https://www.laakariliitto.fi/liitto/autonomia/>. Viitattu 19.2.2019.

¹³⁷ Wrede et al 2016, 2.

¹³⁸ Haastateltujen kliinistä työtä tekevien lääkäreiden lukumäärä oli 38, joten otos on vain hyvin pieni osa koko lääkärikunnasta. Suomen Lääkäriliiton vuoteen 2016 perustuvan selvityksen mukaan Suomessa oli noin 21 000 työikäistä lääkäriä, joista suurin osa toimi kliinisessä työssä. (Lehtonen.)

¹³⁹ Soininen 2017, 13.

¹⁴⁰ Wrede et al 2016, 31.

¹⁴¹ Wrede et al 2016, 31.

¹⁴² Wrede et al 2016, 2.

liittyvänä oikeutena ”hoitaa potilasta oman harkintansa mukaan”¹⁴³. Samassa yhteydessä korostetaan, että lääketieteen etiikka ja ajantasainen lääketieteellinen tieto parhaasta mahdollisesta hoidosta rajaavat lääkärin omaa harkintaa, sillä niiden tulee ohjata lääkärin toimintaa. Käsitteitä kliininen ja hoidollinen käytetään tässä synonyymeinä.¹⁴⁴

Sosiologisessa professiotutkimuksessa autonomia määritellään laajemmin ominaisuutena tai asiantilana, jossa toimiminen itsenäisesti, vapaasti ja omatoimisesti on mahdollista. Kliininen autonomia puolestaan kuvataan professiotutkimuksessa ammattilaisten henkilökohtaisina mahdollisuuksina itsemääräämiseen.¹⁴⁵

Suomen Lääkäriliiton toiminnanjohtaja Kati Myllymäki rinnastaa lääkärin kliinisen autonomian ammatilliseen autonomiaan ja kiteyttää eri näkökulmia yhteen määritellessään sitä Suomen Lääkärilehden pääkirjoituksessa:

Ammatillisen autonomian ymmärrän yksittäisen lääkärin oikeudeksi ja mahdollisuudeksi hoitaa potilastaan lääketieteellisen osaamisensa ja ammattieettisten velvoitteidensa perusteella.¹⁴⁶

Melko suppean tarkastelun perusteella näyttää siltä, että termejä lääkärin kliininen autonomia ja lääkärin hoidollinen autonomia käytetään usein synonyymeinä lääkärin ammatillinen autonomia -termin kanssa. Jos asiayhteydestä ilmenee tarkoitettavan nimenomaan lääkärihenkilöä eikä esimerkiksi koko lääkärin ammattikuntaa, ei genetiiviä ”lääkärin” yleensä käytetä.

Edellä esitetyn nojalla voidaan lääkärin kliinisen autonomian todeta olevan erottamaton osa lääkärin perustyötä, toimintaa potilaan hyväksi. Kliinisellä autonomialla tarkoitetaan lääkärin henkilökohtaista mahdollisuutta ja oikeutta riippumattomaan ja itsenäiseen harkintaan potilastyöhön kuuluvassa päätöksenteossa lääkäritointa harjoittaessaan. Riippumattomuutta ja itsenäisyyttä hoitopäätöksissä rajoittavat vaatimukset siitä, että niiden pitää perustua ajantasaiseen lääketieteelliseen tietoon ja että niissä tulee huomioida lääketieteen etiikan asettamat rajat. On välttämätöntä, että lääkäri pysyy päätöksenteossaan itsenäisenä ja riippumattomana erilaisista vaikutusyrityksistä huolimatta. Lääkärintoimen harjoittamista ei voi ajatella ilman lääkärin kliinistä autonomiaa,

¹⁴³ Wrede et al 2016, 3.

¹⁴⁴ Wrede et al 2016, 3.

¹⁴⁵ Wrede et al 2016, 7.

¹⁴⁶ Myllymäki 2018, 2469.

sillä toimijuus ja vastuullisuus toiminnasta edellyttävät itsenäisyyttä ja riippumattomuutta.

Lääkärin kliinisen autonomian merkitys tunnustetaan lainsäädännössä, joka takaa ammattilaiselle tietyt oikeudet ja mahdollisuuden itsenäisyyteen ja riippumattomuuteen. Toisaalta lainsäädäntö myös rajoittaa lääkärin autonomiaa muun muassa säätämällä potilaan oikeuksista ja itsemääräämisestä. Edellä esitetyissä lääkärin kliinisen autonomian määritelmissä tätä ei mainita.

Perustelin edellä, että lääkärin kliininen autonomia on lääkärin moraalisen toimijuuden ja hänen lääkärintehtävänsä toteuttamisen edellytys. *Lääkärin etiikka* -kirja ei tuo tätä esiin, vaan kannanotot korostavat lääkärin kliinisen autonomian merkitystä keskeisenä luottamuksen takaajana potilaan ja lääkärin välisessä hoitosuhteessa.

4.2. Lääkəriin yritetään vaikuttaa

Autonomialla tarkoitetaan riippumattomuutta ja omalakisuuutta. Lääkäri ei kuitenkaan toimi yksinään, vaan potilaan ja toisten toimijoiden kanssa erilaisten vuorovaikutussuhteiden muodostamassa verkostossa. Potilas ja hänen omaisensa tai muut toimijat yhteiskunnassa voivat pyrkiä vaikuttamaan autonomiseen lääkäritoimijaan. Lääkäri työskentelee usein osana suurempaa organisaatiota, jolla voi myös olla omia perusteitaan ja halua vaikuttaa lääkärin toimintaan. Vaikuttamisyritysten vuoksi lääkärin voi joskus olla vaikeaa säilyttää riippumattomuuttaan, ja on mahdollista, että toiset osapuolet saattavat teoillaan tai toiminnallaan uhata tai jopa rajoittaa lääkärin kliinistä autonomiaa.

Esitän seuraavassa esimerkkejä tilanteista, joissa lääkärin toimintaa pyritään ohjaamaan tai siihen yritetään vaikuttaa. Tapausesimerkit on tarvittavilta osin anonymisoitu, koska kyseiset tiedot eivät ole tutkimuksen kohteena ja arkaluonteiset tiedot muodostavat tunnistamisriskin. Hyödynnän esimerkkejä edempänä selventääkseni kliinisen autonomian yhteyttä muihin lääkärin työhön vaikuttaviin seikkoihin ja sen merkitystä lääkärintoimen harjoittamiseen.

Potilaan itsemääräämisoikeuden ja osallistumisen vahvistumisen myötä potilaan asema suhteessa lääkäriin on muuttunut. Lääkärinä ei välttämättä pidetä niin ehdottomana auktoriteettina kuin aiemmin. Internetin ja sosiaalisen median välityksellä potilas voi saada lääketieteellisistä kysymyksistä helposti sellaista tietoa, mikä ei aiemmin ollut hänen ulottuvillaan. Niinpä potilas voi tulla vastaanotolle pyytämään tai jopa vaatimaan lääkäriltä reseptiä omin neuvoin diagnosoituun sairauteen. Tällainen potilas ei koe tarvitsevänsä lääketieteen

asiantuntijaa selvittämään lääketieteellistä ongelmaa, vaan kuluttaja-asiakkaan tavoin hän haluaa hyötyä terveydenhuollon palveluista, tässä tapauksessa lääkärin lääkkeenmääräämisoikeudesta.¹⁴⁷

Ennen sähköisen lääkemääräyksen yleistymistä ei ollut tavatonta, että potilas pyrki pimittämään lääkäriltä tietoja esimerkiksi hänelle jo määrätystä keskushermostoon vaikuttavista lääkkeistä saadakseen helpommin uuden reseptin vastaavaa lääkettä. Edelleenkin potilaat eivät aina kerro lääkärille koko totuutta esimerkiksi alkoholinkäytöstään, liikkumisestaan tai ruokailutottumuksistaan. Vääriteltyä totuutta kerrotaan lääkärien kokemuksen mukaan usein myös seksitaudeista ja perheväkivallasta. Oikeaa diagnoosia voi kuitenkin olla vaikea tehdä puutteellisin tiedoin.¹⁴⁸

Niin yksityinen kuin julkinenkin työnantaja saattaa esittää muun muassa resurssipulaan tai taloudellisiin syihin perustuvia vaatimuksia lääkäritoimijalle. Esimerkiksi [pienen yksityisvastaanoton] siirryttyä [useita hammaslääkäriasemia omistavalle suurelle yritykselle] annettiin hammaslääkäreille uusi ohjeistus potilaille annettavista ajanvarauksista. Ohjeistuksen mukaan jokaisen potilaan tarkastuskäynnin lopuksi hänelle tuli varata ja antaa mukaan seuraava tarkastusaika vuoden päähän.¹⁴⁹ Hammaslääketieteellisesti perusteltua olisi kuitenkin määrittää yksilöllinen tarkastusväli ja sen mukaan seuraavan tarkastuksen ajankohta kullekin potilaalle hänen suunsa ja hampaistonsa kunnon sekä yleisen terveydentilansa mukaan.¹⁵⁰

[Eräässä kunnassa] oli julkisen terveydenhuollon hammaslääkäreitä pyydetty luomaan ja avaamaan ajanvarauskirjat kuuden kuukauden päähän. [Työnantaja] oli lisäksi ohjeistanut, että seuraavaa käyntiaikaa ei jo hoidossa olevalle potilaalle saanut antaa puolta vuotta aiemmin.¹⁵¹ Ohjeistuksella on mahdollisesti pyritty parantamaan potilasaikojen saatavuutta uusille hoitoon

¹⁴⁷ Tällainen tilanne oli tuttu usealle *Autonomia ja ammatillisuus käytännön lääkäreiden näkökulmasta* -tutkimuksessa haastatellulle lääkärille. He kuvaavat potilaiden olevan aiempaa vaativampia. Potilailla on myös enemmän tietoa erilaisista hoitomahdollisuuksista ja omista oikeuksistaan. (Wrede et al 2016, 49.)

On mielenkiintoista, ettei reseptiä tai hoitoa vaativa potilas ollut tuntematon viime vuosisadan alkupuolellakaan, vaikka lääkäreiden toimintatapa oli tuolloin paternalistisempi kuin nykyisin. Max Oker-Blom (Oker-Blom 2000, 84–85) kuvaa ensimmäisessä suomenkielisessä lääkärinetoimen etiikkaa käsittelevässä teoksessaan vastaavia tilanteita, jossa potilas vääristää lääkärille antamia tietoja esimerkiksi reseptin saadakseen.

¹⁴⁸ Manninen 2018.

¹⁴⁹ Suomen Hammaslääkäriliiton eettisen valiokunnan kokousmuistiinpanot.

¹⁵⁰ ”Karieksen hallinnan näkökulmasta yksilöllisen tarkastus- tai tutkimusvälin pituus riippuu hampaiden aiemman reikiintymisaiumuksen lisäksi suuhygienian tasosta, ruokatottumuksista, fluorinsaannista ja muista suu- ja yleissairauksiin liittyvistä riskitekijöistä” (Karies (hallinta): Käypä hoito -suositus, 2014.)

tuleville potilaille. Esimerkiksi juurihoidon Käypä hoito -suosituksessa todetaan, että ellei oireettoman hampaan juurihoitoa pystytä yhdellä käynnillä viemään loppuun, tulee juurentäyttö pyrkiä tekemään mieluummin kahden viikon kuluessa juurihoidon aloittamisesta.¹⁵²

Haastavia oikeustoimiin johtavia tapahtumasarjoja voi syntyä lääkärintointa harjoitettaessa. Vuonna 2016 käräjäoikeus määräsi sakkotuomion tuottamuksellisesta virkavelvollisuuden rikkomisesta ja kuolemantuottamuksesta nuorehkolle pohjoiskarjalaiselle terveystieteiden keskussairaalan lääkärille, jonka potilas menehtyi sydäninfarktiin. Kyseinen potilas oli ensin kieltäytynyt lähtemästä lääkärin suosituksen mukaisesti ambulanssilla keskussairaalaan tutkimuksiin. Lopulta useita tunteja myöhemmin potilas oli saatu lähetettyä taksilla keskussairaalaan, missä hän kuitenkin seuraavana päivänä kuoli. Lääkäri kertoi joutuneensa useasti suostuttelemaan potilasta ennen kuin tämä myöntyi ja lähti keskussairaalan päivystykseen. Tapauksen käsittely eteni Korkeimpaan oikeuteen, jonka päätöksessä lääkärin katsottiin syyllistyneen tuottamukselliseen virkavelvollisuuden rikkomiseen muun muassa sen tähden, ettei hän ollut noudattanut kaikkia alueellisessa hoitoprotokollassa ja työohjeessa edellytetyjä menettelytapoja ja että potilaan informointi oli ollut puutteellista. Potilaan hoidon aloitus oli Korkeimman oikeuden mukaan viivästynyt lääkärin huolimattomuuden vuoksi. Korkein oikeus hylkäsi syytteen kuolemantuottamuksesta, koska ei kuitenkaan katsonut tulleen osoitetuksi syy-yhteyttä lääkärin huolimattomuuden ja potilaan kuoleman välillä.¹⁵³

Potilaan henki sen sijaan pelastui tapauksessa, jossa kahden lapsen äiti oli ollut vatsan alueen leikkauksessa [yliopistosairaalassa]. Toimenpiteen jälkeen potilaan vielä ollessa sairaalassa hänet oli löydetty elvytystä vaativassa tilassa osastolta. Paikalle ensimmäisenä saapunut [teho- ja anestesiahoitoon erikoislääkäri] oli päättänyt tavanomaisen ohjeistuksen vastaisesti aloittamaan liuotushoidon, koska hän epäili verisuonitukosta. Vatsan alueen toimenpiteiden jälkeen liuotushoitoa ei normaalisti tulisi aloittaa vuotoriskin takia. Vain yksi sairaanhoitaja suostui auttamaan toimenpiteessä, vaikka hänkin ilmaisi vastahakoisuutensa [lääkärille]. [Lääkärin] arvio potilaan tilasta oli kuitenkin oikea, eikä potilas menehtynyt. [Lääkäri] teki diagnoosin ja hoitopäätöksen

¹⁵¹ Suomen Hammaslääkäriliiton eettisen valiokunnan kokousmuistiinpanot.

¹⁵² ”Jos hammas on oireeton, ... juurihoito voidaan viedä loppuun yhdellä hoitokäynnillä. Ellei tämä ole mahdollista, kanava lääkitään ... ja juurentäyte tehdään seuraavalla hoitokäynnillä, mielellään 1–2 viikon kuluttua.” (Hampaan juurihoito: Käypä hoito -suositus, 2016.)

luottaen kokemukseensa ja nojaten kliiniseen autonomiaansa toimiessaan tavanomaisten ohjeistusten vastaisesti.¹⁵⁴

Hedelmöityshoitolaki vuodelta 2007 sallii hoidot paitsi mies- ja naispareille myös yksin hoitoa hakeville naisille ja naispareille. Toukokuussa 2015 Suomen yliopistosairaaloiden johtajaylilääkärit kuitenkin linjasivat yhteisesti, etteivät luovutetuilla sukusoluilla ja sosiaalisin perustein tehtävät hedelmöityshoidot kuulu julkisen terveydenhuollon palveluvalikoimaan. He perustelivat linjausta sillä, että koska seksuaalista suuntautumista tai yksinasumista ei pidetä lääketieteellisinä seikkoina, sosiaalisin syin annettavat lapsettomuuden hoidot eivät ole lääketieteellisesti perusteltua hoitoa. Johtajaylilääkärien mielestä näihin hoitoihin ei julkisessa terveydenhuollossa ollut resursseja. He antoivat kukin omalla vastuualueellaan määräyksen toimia tehdyn linjauksen mukaisesti.¹⁵⁵

Yhdenvertaisuus- ja tasa-arvolautakunta katsoi joulukuussa 2016 annetussa päätöksessään, että määräys syrji naispareja heidän seksuaalisen suuntautumisensa perusteella, kielsi käytännön jatkamisen ja asetti kullekin johtajaylilääkäreille 30 000 euron uhkasakot.¹⁵⁶ Johtajaylilääkärit valittivat päätöksestä hallinto-oikeuksiin, joista ensimmäisenä Helsingin hallinto-oikeus antoi ratkaisunsa 6.3.2019. Siinä muun muassa kumottiin annettu uhkasakko, mutta todettiin johtajaylilääkärin antaman määräyksen olevan ”naispareja heidän seksuaalisen suuntautumisensa perusteella välittömästi syrjivä”, minkä vuoksi lautakunta saattoi kieltää johtajaylilääkäriä jatkamasta syrjintää.¹⁵⁷

Esimerkkien kautta havainnollistuu se, millä tavoin yhteiskunnassa tapahtuneet muutokset voivat käytännössä vaikuttaa lääkärin toimintaan. Lääkärin ja lääkäriprofession auktoriteettiasema on heikentynyt ja yksilön näkökulma vahvistunut. Organisaatiot voivat pyrkiä vaikuttamaan lääkäriin ja hänen toimintaansa usein ennen muuta taloudellisiin syihin vedoten. Toisaalta yhteiskunnassa tärkeinä pidetyt arvot saattavat ohittaa taloudelliset ja lääketieteelliset perusteet, kuten viimeinen esimerkki osoittaa.

¹⁵³ KKO:2019:98; Sievälä 2016; Viljakainen 2016.

¹⁵⁴ Suomen Hammaslääkäriliiton eettisen valiokunnan kokousmuistiinpanot.

¹⁵⁵ Johtajaylilääkärit kieltävät syrjineensä naispareja hedelmöityshoidoissa.

¹⁵⁶ Yhdenvertaisuus- ja tasa-arvolautakunta: naispareja ei saa syrjiä julkisen terveydenhuollon hedelmöityshoidoissa.

¹⁵⁷ Johtajaylilääkärin määräys hedelmöityshoidoista oli naispareja syrjivä.

4.3. Lääkäri, kliininen autonomia ja potilas

Lääkärin etiikka -kirjan *Potilas-lääkärisuhde* -luvun johdannossa määritellään terveydenhuollon ydintapahtumaksi potilaan ja lääkärin kohtaaminen.¹⁵⁸ Sen vuoksi on perusteltua aloittaa lääkärin kliinisen autonomian tarkempi tarkastelu kannanottojen teksteissä potilaan¹⁵⁹ ja lääkärin välisen suhteen näkökulmasta. Kuvaan aluksi, millaisena potilaan ja lääkärin välinen suhde nähdään kannanottojen teksteissä. Potilaalle ja lääkärille asetettujen velvoitteiden ja oikeuksien kautta siirryn tarkastelemaan tarkemmin kliinistä autonomiaa suhteessa potilaaseen. Keskityn perusteellisemmin lääkärin kliinisen autonomian ja potilaan itsemääräämisoikeuden rajapintoihin. Sivuan tarkastelussa myös sitä, millainen kuva potilaasta ja lääkäristä piirtyy, sekä sitä, minkälaisia odotuksia lääkäriä kohtaan asetetaan.

Potilas-lääkärisuhteessa kohtaavat *Lääkärin etiikka* -kirjan mukaan toisensa kaksi asiantuntijaa: lääkäri lääketieteen ja potilas omien asioidensa asiantuntijana. Potilas saattaa lääkärille tiedoksi ne kehoaan ja terveyttään koskevat ongelmat tai huolenaiheet, jotka kuuluvat lääkärin asiantuntemuksen piiriin. Lääketieteessä ongelmiin ei usein ole vain yhtä ainoaa oikeaa ratkaisua ja potilaan paras toteutuu todennäköisimmin silloin, kun vuorovaikutus lääkärin ja potilaan välillä toimii hyvin. Lääkäri voi soveltaa lääketieteellistä asiantuntemustaan yksittäisen potilaan tapauksessa hänen parhaimmaksi edukseen vain siltä osin kuin potilas tuo oman asiantuntemuksensa alaan kuuluvat asiat lääkärin tietoon. Tavoitteena vastaanotolla on lääkärin ja potilaan yhteisymmärryksessä tekemä päätös hoidosta.¹⁶⁰

Kannanotossa *Potilaan juridiset oikeudet ja lääkärin velvollisuudet* katsotaan laissa säädettyjen potilaan oikeuksien velvoittavan lääkäriä tietynlaiseen toimintaan suhteessa potilaaseen. Potilaan oikeuksien ja lääkärin velvollisuuksien nähdään tämän kannanoton mukaan olevan potilas-lääkärisuhteen ytimessä.¹⁶¹

¹⁵⁸ Lääkärin etiikka 2013, 38.

¹⁵⁹ Tutkimukseni käsittelee lähtökohtaisesti niitä tilanteita, joissa potilas on itsemääräämiseen kykenevä henkilö. Jos potilaan kompetenssi on puutteellinen, joutuu lääkäri punnitsemaan hänen kykyään itsemääräämiseen ja mahdollisesti keskustelemaan hoitoa koskevista päätöksistä potilaan omaisten tai läheisten tai edunvalvojan kanssa. Näillä saattaa olla pyrkimyksiä vaikuttaa lääkäriin potilaan hoitoa koskien, mutta olen rajannut nämä vaikuttamisyritykset tarkasteluni ulkopuolelle. En pidä aiheeni kannalta välttämättömänä perehtyä tässä yhteydessä syvemmin itsemääräämisoikeuteen ja sen rajoihin liittyviin erityiskysymyksiin. Se ei mielestäni toisi merkittävää lisäarvoa tälle tutkimukselle.

¹⁶⁰ Lääkärin etiikka 2013, 39–40, 46.

¹⁶¹ Lääkärin etiikka 2013, 39.

Potilaslaki määrittelee laajasti potilaan oikeuksia. Sen mukaan potilaalla on oikeus terveydenhuollon voimavarojen rajoissa sellaiseen hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon, jota hänen terveydentilansa edellyttää. Hoitoa järjestettäessä on otettava huomioon hänen ihmisarvonsa ja vakaumuksensa sekä kunnioitettava hänen yksityisyyttään. Mahdollisuuksien mukaan myös potilaan äidinkieli, kulttuuri ja yksilölliset tarpeet tulee huomioida.¹⁶² Erikseen korostetaan potilaan tiedonsaantioikeutta¹⁶³, sillä ilman riittävää tietoa hän ei voi osallistua omaan hoitoonsa liittyvään päätöksentekoon, sekä oikeutta itsemääräämiseen¹⁶⁴. Näin lainsäädännön avulla varmistetaan itsemääräämisen kunnioittamisen periaatteen toteutuminen. Määrittelemällä potilaan oikeudet lainsäädännössä yhteiskunta pyrkii estämään sen, että potilas joutuu alistaiseen asemaan suhteessa lääkäriin, jolla on lääketieteellisen asiantuntemuksensa nojalla valtaa potilaaseen hänen terveyteensä liittyvissä asioissa. Lainsäädäntö myös velvoittaa lääkärin lääketieteellisesti perusteltuihin ja eettisesti hyväksyttäviin päätöksiin ja ratkaisuihin potilaan tutkimuksesta ja hoidosta.¹⁶⁵ Potilas-lääkärisuhteen osapuolia ovat potilas lain takaamine oikeuksineen ja kliinisen autonomian omaava lääkäri laissa säädettyine velvollisuuksineen.

Laki antaa potilaalle oikeuden osallistua aktiivisesti omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Toisaalta lääkärin kliininen autonomia turvaa nimenomaan lääkärin riippumattomuutta ja itsenäisyyttä potilaan tutkimukseen, diagnoosin tekoon ja hoitoon liittyvissä päätöksissä myös suhteessa potilaaseen siten kuin kannanotossa *Lääkäri ja potilas muuttuvassa yhteiskunnassa* todetaan.¹⁶⁶

Potilaan oikeus päättää hoidostaan ja lääkärin riippumattomuuden ja itsenäisyyden vaatimus potilastyöhön kuuluvassa päätöksenteossa voivat joutua ristiriitaan. Tämä voi johtaa vaikeisiin tilanteisiin lääkärin työssä.

¹⁶² Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785, 3§.

¹⁶³ ”Potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan. ... Terveydenhuollon ammattihenkilön on annettava selvitys siten, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön.” (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785, 5§.)

¹⁶⁴ ”Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla.” (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785, 6§ 1 momentti.)

¹⁶⁵ Lääkärin etiikka 2013, 40-41.

¹⁶⁶ ”... lääkärin tulee olla riippumaton ja itsenäinen suhteessa hoitoja vaativaan potilaaseen niin, että hän voi pysyttäytyä lääketieteellisesti perustelluissa hoitomuodoissa.” (Lääkärin etiikka 2013, 169.)

Sakkoihin tuomittu pohjoiskarjalainen terveyskeskuslääkäri luvussa 4.2. esitettyssä esimerkissä kertoi joutuneensa useasti suostuttelemaan potilasta ennen kuin tämä hyväksyi päätöksen lähteä keskussairaalan päivystykseen. Potilas kieltäytyi lääkärin tarpeelliseksi katsomasta hoidosta tilanteessa, jossa lääkäriellä oli vahva epäily siitä, että potilaan henki oli vaarassa. Sydänfilmi antoi lääkärille riittävät perusteet epäillä infarktia. Potilaan mielestä oireet johtuivat närästyksestä. Lääkäriä laki velvoitti lääketieteellisesti perusteltuun päätökseen ja hän olisi halunnut lähettää potilaan pikaisesti jatkotutkimuksiin keskussairaalaan. Hän jätti kuitenkin alueellisen hoitoprotokollan vastaisesti ottamatta yhteyttä keskussairaalaan päivystykseen kertomansa mukaan sen vuoksi, ettei potilas halunnut lähteä ambulanssilla sairaalaan. Tämän todettiin viivyttäneen potilaan hoitoa. Hän jätti myös antamatta hoito-ohjeen mukaisen lääkityksen potilaalle. Syy menettelyyn ei selviä oikeuden päätöksestä. Luvussa 4.1. muotoilemani määritelmän mukaan lääkärin kliinistä autonomiaa rajoittavat lääketieteen etiikka ja ajantasainen lääketieteellinen tieto parhaasta hoidosta. Vaikka esimerkissä kuvattu lääkäri olisikin ottanut yhteyttä keskussairaalaan ja aloittanut lääkityksen, ei hän kuitenkaan olisi voinut pakottaa kompetentiksi arvioimaansa potilasta ambulanssiin. Potilaslain mukaan potilas voi kieltäytyä hänelle tarjotusta hoidosta, eikä lääkäri saa pakottaa tai painostaa potilasta hoitotoimiin.¹⁶⁷

Mikä on lääkärin kliinisen autonomian ja potilaan itsemääräämisoikeuden suhde? Kokiko terveyskeskuslääkäri mahdollisesti kliinisen autonomiansa uhatuksi tai oliko hän ehkä neuvoton potilaan kieltäytyttyä hoidosta? Entä luvun 4.2. toisten esimerkkien lääkärit, joiden potilaat tulivat hakemaan reseptiä itse diagnosoituun sairauteen tai pimittivät lääkäriltä tietoa? Millaisia ohjeita *Lääkärin etiikka* -kirjan kannanotoissa annetaan?

Kannanotossa *Potilaan juridiset oikeudet ja lääkärin velvollisuudet* käsitellään potilaan itsemääräämisoikeutta ja lääkärin kliinistä autonomiaa. Potilaan itsemääräämisestä puhutaan kannanoton alkupuolella, kun todetaan sitä koskevien potilaslain säädösten kaventavan lääkärin hoitopäätösa autonomiaa.¹⁶⁸

¹⁶⁷ Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

¹⁶⁸ ”Lääkärin hoitopäätösa autonomiaa kaventavat kuitenkin potilaan itsemääräämistä koskevat potilaslain säännökset.” (Lääkärin etiikka 2013, 40.)

Potilaslain 6§ määrittelee potilaan itsemääräämisoikeutta seuraavasti: ”Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietyistä hoidosta tai hoitotoimenpiteistä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla.” (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785, 6§.)

Kannanoton tekstissä määritellään myöhemmin potilaan itsemääräämisoikeutta seuraavasti:

Lääkärin tehtävänä on toimia potilaansa parhaaksi ja toimia asiantuntijana, jonka tietoja ja taitoja potilas käyttää hyväkseen. Potilaan hoidosta ja tutkimuksista on päätettävä yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Potilaan itsemääräämisoikeus merkitsee siten viime kädessä suostumista hoitoon tai kieltäytymistä siitä.¹⁶⁹

Tekstissä väitetään potilaan itsemääräämisoikeuden merkitsevän ”viime kädessä” hoitoon suostumista tai siitä kieltäytymistä. Väitteen perusteluina esitetään määritelmä lääkärin tehtävästä ja potilaslain mukainen vaatimus päättää hoidosta ja tutkimuksesta yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Perustelut eivät sellaisenaan riitä tekemään väitettä ymmärrettäväksi. Kun taustaoletukseksi lisätään, että lääkäriä tulee olla kliininen autonomia eli hänen tulee olla riippumaton ja itsenäinen toimiessaan tehtävässään asiantuntijana potilaansa parhaaksi, saadaan riittävä ehto esitetylle väitteelle ja sitä voidaan pitää hyväksyttävänä. Taustaoletusta ei selvennetä kannanotossa ehkä siksi, että kirja on tarkoitettu lääkäreille, joille kliinisen autonomian merkityksen oletetaan olevan itsestään selvä. Ulkopuoliselle lukijalle väite on kuitenkin ymmärrettävä vasta, kun taustaoletus on tunnettu ja lausuttu julki.

Kannanotossa määritellään lääkärin velvollisuuksia johtamalla ne potilaan oikeuksista. Alaotsikoissa tämä näkyy rinnastuksina: ”oikeus hyvään hoitoon – lääkärin velvollisuus hoitaa hyvin” ja ”potilaan tiedonsaantioikeus – lääkärin selvityksenantovelvollisuus” tekstin sisällön vastatessa näissä kappaleissa otsikointia.¹⁷⁰ Siirryttäessä käsittelemään potilaan itsemääräämisoikeutta rinnastetaan siihen otsikkotasolla lääkärin autonomia: ”potilaan itsemääräämisoikeus – lääkärin autonomia”. Tekstijakso alkaa edellisen lainauksen potilaan itsemääräämisoikeuden määrittelyllä.¹⁷¹ Lääkärin kliinisestä autonomiasta puhutaan alaotsikon tekstijaksossa ainoastaan yhdessä kappaleessa ja silloinkin epäsuorasti:

Potilaalla on oikeus kieltäytyä hoidosta, hoitotoimenpiteestä ja tutkimuksista, ja tällöin häntä on hoidettava muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilas voi esittää mielipiteitään tutkimuksista ja hoidosta, mutta lääkäriä ei ole velvollisuutta noudattaa tässä potilaan tahtoa.¹⁷²

¹⁶⁹ Lääkärin etiikka 2013, 41.

¹⁷⁰ *Potilaan juridiset oikeudet ja lääkärin velvollisuudet* -kannanotossa alaotsikointi ei kaikilta osin vastaa tekstin sisältöä, sillä ensin potilaan oikeuksista hyvään hoitoon ja itseään koskevaan tietoon johdetaan lääkärin velvollisuudet hoitaa hyvin ja antaa selvitys, mutta tämän jälkeen potilaan itsemääräämisoikeuden eli autonomian rinnalle nostetaan lääkärin autonomia oikeutena olla noudattamatta potilaan tahtoa. Johdonmukaisempi otsikointi olisi tässä esimerkiksi ”potilaan itsemääräämisoikeus – lääkärin velvollisuus hoitaa potilasta yhteisymmärryksessä hänen kanssaan”.

¹⁷¹ Lääkärin etiikka 2013, 40–41.

¹⁷² Lääkärin etiikka 2013, 41.

Lääkärin autonomia määritellään tekstissä negaation avulla lääkärin ei-velvollisuudeksi noudattaa potilaan tahtoa silloin, kun tämä käyttää oikeuttaan ilmaista oma mielipiteensä lääkärin ehdottamista tutkimuksista ja hoidoista. Ei-velvollisuuden voi ymmärtää oikeudeksi, ja tekstin voi näin ollen tulkita tarkoittavan lääkärin kliinisellä autonomialla lääkärin oikeutta olla noudattamatta potilaan tahtoa silloin, kun tämä esittää oman mielipiteensä tutkimuksista ja hoidosta.

Kannanotossa näyttää korostuvan lääkärin ei-velvollisuus lupana olla noudattamatta potilaan tahtoa. Teksti puolustaa lääkärin kliinistä autonomiaa voimakkaasti. Edellä esittämässäni lääkärin kliinisen autonomian määritelmässä todetaan velvoittavaan sävyyn, että ”lääkäriin tulee olla riippumaton ja itsenäinen suhteessa hoitoja vaativaan potilaaseen”¹⁷³. Lääkäriin näkökulmasta potilaan itsemääräämisoikeus todellakin näyttää olevan vahvimmillaan nimenomaan potilaan kieltäytyessä tutkimuksesta tai hoidosta. Itsemääräämistä koskevien potilaslain säädösten voi kannanottojen valossa tulkita kaventavan lääkärin kliinistä autonomiaa lähinnä siltä osin kuin lääkärin on kunnioitettava potilaan tahtoa tämän kieltäytyessä tutkimuksista tai hoidosta.

Luvun 4.2. esimerkin terveyskeskuslääkärin potilas oli ensin kieltäytynyt hänelle ehdotetusta hoidosta. Lääkäri ei tapahtumasarjan alkuvaiheessa saanut potilasta vakuutettua keskussairaalassa tehtävien tutkimusten tarpeellisuudesta. Hän oli tehnyt tilannearvion ja ilmaissut potilaalle hoitosuosituksen. Terveyskeskuslääkäri arvioi potilaan kompetentiksi henkilöksi ja kunnioitti hänen itsemääräämisoikeuttaan. Lääkärin kliininen autonomia ei varsinaisesti ollut uhattuna, mutta tilanne oli eettisesti ristiriitainen, sillä todennäköisessä hengenvaarassa olleen potilaan paras olisi ollut noudattaa lääkärin hoitosuositusta. Ristiriitaista oli muun muassa se, että lääkäriillä oli mielestään käsitys siitä, mikä oli potilaan hyvä, mutta potilas kieltäytyi hänelle tarjotusta hyvästä.

Useissa kannanotoissa muistutetaan potilaan oikeuksien kunnioittamisesta ja erityisesti potilaan oikeudesta päättää itseään ja omaa hoitoaan koskevista asioista. Itsemääräämisoikeutta poikkeuksineen käsitellään erikseen yhdessä kannanotossa.¹⁷⁴ Nimenomaan itsemääräämisoikeudesta puhuttaessa korostuu kompetenttin potilaan oikeus kieltäytyä hoidosta sekä toisaalta se, että itsemääräämisoikeus ei merkitse potilaan oikeutta vaatia itselleen jotakin tiettyä

¹⁷³ Lääkäriin etiikka 2013, 169.

¹⁷⁴ Lääkäriin etiikka 2013, 43–45.

hoitoa.¹⁷⁵ Tähän viitataan myös esimerkiksi eutanasiaa käsittelevässä kannanotossa.¹⁷⁶ Näin ollen luvun 4.2. esimerkin reseptiä vaativa potilas on ammattietiikkansa tuntevalle lääkärille eettisesti ongelmaton. Lääkäri on tällaisessa tilanteessa sekä velvoitettu että oikeutettu toimimaan potilaan odotusten vastaisesti, koska hänellä on niin lain kuin lääkärin etiikan mukaan velvoite kliinisen autonomiansa nojalla pitäytyä lääketieteellisesti perustelluissa hoidoissa.¹⁷⁷

Esimerkin tietoa pimitävät tai sitä vääristelevät potilaat pyrkivät vaikuttamaan lääkäriin ja hänen hoitopäätöksiinsä, mutta heidänkään toimintansa ei muodosta uhkaa lääkärin kliiniselle autonomialle. Lääkärin tulee tehdä hoitopäätöksensä sen tieteellisen tiedon varassa, mitä hänellä on. Hänellä on asiantuntijuutensa perustuvaa valtaa potilaan terveydentilaa koskevissa asioissa, mutta lääkäri ei valtansa tai asemansa nojalla voi vaatia tai edellyttää, vaan ainoastaan toivoa, että potilas pysyy totuudessa. Lääkärin tulee moraalisena toimijana ammattietiikkansa mukaisesti pyrkiä tekemään parhaansa potilasta auttaakseen, vaikka hän ei voisikaan olla varma siitä, mitkä hänen potilaansa pyrkimykset ovat.¹⁷⁸

Lääkärin etiikka -kirjan tekstien perusteella pohjoiskarjalaisen terveyskeskuslääkärin tapaus vaikuttaa selkeältä: potilaalla oli oikeus kieltäytyä lääkärin ehdottamista tutkimuksista ja hoidosta ja lääkärin tuli kunnioittaa tätä potilaan tahtoa. Tapausta arvioitiin ja punnittiin eri oikeusasteissa, ja kun Korkeimman oikeuden päätös asiasta annettiin 30.10.2019, syyte

¹⁷⁵ Luvussa 2.2. esitettyjen lääkärin toimintaa ohjaavien periaatteiden mukaan kompetentti yksilö voi itsemääräämisen kunnioittamisen periaatteeseen vedoten halutessaan myös luopua oikeudestaan itsemääräämiseen ja jättää päätökset osittain tai kokonaan lääkärin tehtäviksi. (Launis 2013, 27–28.)

¹⁷⁶ Lääkärin etiikka 2013, 160.

¹⁷⁷ Suun terveydenhuollossa korostuvia kysymyksiä käsittelevässä luvussa pohditaan erikseen kosmeettisen hammashoidon problematiikkaa. Tekstin perusteella saa sen käsityksen, että kosmeettisella hammashoidolla tarkoitetaan sellaisia potilaan ulkonäköä kohentavia hoitoja, jotka ovat vain osittain tai eivät lainkaan sairauksien hoitoa. Perustelut tällaisten hoitojen antamiselle ovat erilaiset kuin tavanomaisessa sairauksien hoidossa. Hoitojen antamista perustellaan esimerkiksi sillä, että niiden ajatellaan edistävän potilaan psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia. Jos hoito parantaa vain potilaan ulkonäköä edistämättä hänen terveyttään, on hyöty kannanoton mukaan subjektiivinen. Kosmeettisilla hoidoilla ei yleensä tavoitellakaan terveyshyötyä. Esimerkkejä tavallisista kosmeettisista hoidoista ovat hampaiden valkaisu ja hammaskorut. Sellaisina voidaan pitää myös osaa oikomishoidoista ja plastiikkakirurgisista hoidoista, joista *Lääkärin etiikka* -kirjassa ei lainkaan puhuta. Keskeinen eettinen periaate kosmeettisissa hoidoissa on vahingon välttäminen. Kannanotossa todetaan: ”mikäli hammaslääkäri arvioi potilaan toivomaan hoitoon liittyvät riskit suuremmiksi kuin siitä odotettavat hyödyt, on hänen eettinen velvollisuutensa kieltäytyä hoidosta”. Lääkärin eettinen velvoite on asettaa potilaan paras etusijalle hoidosta riippumatta ja tarvittaessa olla myöntymättä potilaan vaatimukseen. (Lääkärin etiikka 2013, 145–146.)

¹⁷⁸ Lääkärin etiikka 2013, 39–40, 46–49.

kuolemantuottamuksesta hylättiin, mutta syyte tuottamuksellisesta virkavelvollisuuden rikkomuksesta sekä sakkotuomio jäivät voimaan. Yksi potilaan itsemääräämisoikeuden kannalta keskeinen seikka päätöksessä oli se, että lääkäri ei potilasasiakirjoista ilmenneiden tietojen perusteella ollut informoinut potilastaan riittävän hyvin, minkä vuoksi tällä ei katsottu olleen ”laissa tarkoitettavia riittäviä tietoja hoidostaan päättämiseen”. Korkeimman oikeuden mukaan ei tullut osoitetuksi potilaalla olleen riittävää tietoa tilastaan ja sen vakavuudesta, jotta hän olisi voinut olla autonominen ja ymmärtääkseen, mitä hoidosta kieltäytymisestä voisi seurata. Päätöksen perusteluissa korostuu vastuu, joka lääkärillä on potilaan informoimisesta, riittävästä potilasasiakirjadokumentaatiosta ja muiden velvollisuuksiensa noudattamisesta. Lääkäreihin kohdistetaan vaativia odotuksia, mikä näkyy myös Korkeimman oikeuden päätöksessä.¹⁷⁹

Kannanottoja lukevalle muodostuu kuva lääkäristä, jolla on paljon velvollisuuksia ja joka kantaa vastuunsa yksin, mutta potilas kuvataan kannanotoissa usein hoitoonsa osallisena oikeuksien omistajana. Potilaan velvollisuuksista tai vastuista ei ole kannanotoissa mainintoja. Sen sijaan kannanotot käsittelevät esimerkiksi potilaan oikeutta olla heikko ja puolustuskyvytön erityisesti kannanotoissa, jotka keskittyvät lapsiin ja nuoriin potilaina¹⁸⁰, mielenterveys- ja päihdepotilaisiin¹⁸¹ sekä kehitysvammaisten¹⁸² ja muistisairaiden¹⁸³ potilaiden hoitoon. Näissä potilasryhmissä myös itsemääräämiseen liittyvät kysymykset ovat haastavimpia, koska kompetenssin määrittäminen voi olla vaikeaa tai kompetenssia ei ole.¹⁸⁴

Lääkärin etiikka -kirjan kannanotoissa näyttävät analyysini perusteella usein korostuvan lääkärin vastuu ja lääkärikunnan itseensä kohdistamat suuret odotukset. Vaatimukset ovat perusteltuja silloin, kun kyse on lääketieteellistä asiantuntemusta edellyttävistä asioista. Esimerkiksi erityisen haastavissa tilanteissa kuten päätettäessä vastasyntyneen lapsen tehohoidosta luopumisesta

¹⁷⁹ Päätöksen kohdat 24–29 käsittelevät potilaan itsemääräämisoikeutta. (KKO:2019:98.)

¹⁸⁰ Lääkärin etiikka 2013, 94–105.

¹⁸¹ Lääkärin etiikka 2013, 106–114.

¹⁸² Lääkärin etiikka 2013, 125–127.

¹⁸³ Lääkärin etiikka 2013, 128–129.

¹⁸⁴ Kannanotossa, joka käsittelee lapsia ja nuoria potilaina, todetaan lääkärin joutuvan joskus toimimaan paternalistisesti riippumatta potilaan välittömästä tahdosta. Kannanotossa tarkoitetaan tilanteita, joissa potilaan kompetenssi ei lääkärin mielestä yllä tilanteen edellyttämälle tasolle. Näissä tilanteissa kompetenssin puutteen katsotaan oikeuttavan tahdonvastaisen, hyvää tarkoittavan toiminnan. Tällöin lääkäri pyrkii elämää ylläpitävin ja normaalin kasvun turvaavin

lääketieteellisten perusteiden sitä puoltaessa on kannanottojen linja yksiselitteinen: vastuu ratkaisusta on lääkärin. Sitä ei tule säilyttää toisille osapuolille, joita tällaisessa tilanteessa edustavat yleensä lapsen vanhemmat.¹⁸⁵

Teksteissä pidetään itsestään selvänä sitä, että lääkäri kantaa vastuun niin hoitoratkaisuista kuin siitäkkin, että niiden tavoitteena on viime kädessä potilaan edun toteutuminen.¹⁸⁶ Vaikka lääkäri voikin kohdata potilaan odotusten lisäksi myös muun muassa omaisten ja terveydenhuoltojärjestelmän vaatimukset, tulee hänen hoitoratkaisuissa toimia ensisijaisesti potilaan parhaaksi.¹⁸⁷ Päätös potilaan hoidosta on luonnollisesti lääkärin vastuulla silloin, kun potilas on tajuton tai hän ei muista syistä ole itsemääräävä eikä hänen tahtonsa ole tiedossa.¹⁸⁸

Esimerkki kahden lapsen nuorehkon äidin hengen pelastumisesta valaisee lääkärin vastuunottoa ja kliinisen autonomiaan tukeutunutta toimintaa. [Lääkäri] joutui yllättäen tilanteeseen, jossa oli viipymättä ryhdyttävä toimiin potilaan hengen pelastamiseksi. Tilanteessa ei ollut mahdollisuutta selvittää potilaan hoitotoiveita. Lisäksi oli olemassa selvä hoitolinjaohjeistus: liuotushoitoa ei tule aloittaa vastikään leikkauksessa olleelle potilaalle. [Lääkärin] oli otettava riski ja toimittava kliinisen autonomiansa varassa vastoin tavanomaista ohjeistusta luottaen kokemukseensa ja intuitioonsa. Tilanne päättyi hyvin ja potilaan henki pelastui. [Lääkäri] ei joutunut syytteeseen hoito-ohjeiden vastaisesta toiminnasta, mutta asiasta keskusteltiin työyhteisössä. Hoito-ohjeiden noudattaminen olisi tässä tapauksessa johtanut potilaan menehtymiseen, mutta potilaan onneksi [lääkäri] toimi niistä riippumatta ja itsenäisesti.¹⁸⁹

Kannanotoissa lääkäriä vastuullistetaan usein myös asioista, jotka eivät varsinaisesti edellytä lääketieteellistä asiantuntemusta. Esimerkiksi potilaan ja lääkärin vuorovaikutusta käsittelevässä kannanotossa katsotaan lääkärin olevan vastuussa muun muassa siitä, kuinka potilaan ja lääkärin kohtaaminen onnistuu ja miten sen myötä itse hoitotapahtuma voi saavuttaa tavoitteensa. Kriteerinä eettisesti laadukkaan vuorovaikutuksen onnistumiselle esitetään paitsi potilaan kokemusta lääkärin tapaamisesta myös potilaan tilan korjaantumista.¹⁹⁰

hoitotoimin tukemaan lapsen tai nuoren kehittyvää itsemääräämisoikeutta. (Lääkärin etiikka 2013, 103.)

¹⁸⁵ Lääkärin etiikka 2013, 96–97.

¹⁸⁶ Tällaisissakin tilanteissa lääkärin tulee keskustella mahdollisten omaisten kanssa hoitolinjasta ja heidän mielipiteitään ja toiveitaan tulee kuunnella ja kunnioittaa, mutta päätöksenteon perusteet ovat lääketieteelliset ja siksi lääkäri siitä päättää. (Lääkärin etiikka 2013, 96–97, 152.)

¹⁸⁷ Lääkärin etiikka 2013, 153.

¹⁸⁸ Lääkärin etiikka 2013, 121, 152.

¹⁸⁹ Suomen Hammaslääkäriliiton eettisen valiokunnan kokousmuistiinpanot.

¹⁹⁰ Lääkärin etiikka 2013, 46, 49.

Potilaan ja lääkärin kohtaaminen on lääketieteellisen tiedon suhteen epäsymmetrinen, mutta toisaalta se on kahden ihmisen kohtaamisena tasavertainen. Lääkärin on ymmärrettävä molemmat tasot ja huolehdittava niiden tasapainosta.¹⁹¹

... Lääkärin tulee huolehtia vuorovaikutustaitojensa ylläpidosta ja kehittämisestä samoin kuin yleisestä ammattitaidostaankin. ... Vuorovaikutuksen laatu ja sen eettisyys ovat kiinteästi sidoksissa toisiinsa. Eettisesti hyvä vuorovaikutus johtaa myös kliinisesti hyviin tuloksiin. Viime kädessä laadun määrittää potilaan tilan korjaantuminen ja hänen kokemuksensa lääkärin tapaamisesta.¹⁹²

Useiden kannanottojen mukaan lääkärin odotetaan toimivan esimerkkinä muille. Koska hänellä on tietoa ja asiantuntijuuteen perustuvaa syvällistä ymmärrystä, hänen katsotaan voivan vaikuttaa omalla käytöksellään myös muihin terveydenhuollon toimijoihin. Käytöksellään esimerkkiä näyttäen hän voi *Potilaan päihdeongelma* -kannanoton mukaan vaikuttaa muun muassa siihen, että päihdepotilaiden leimaaminen vähenee ja heidän hoitonsa paranee.¹⁹³ Rokotuksia käsittelevässä kannanotossa lääkäriä ohjeistetaan muun muassa ottamaan influenssarokotus ja näin paitsi suojaamaan potilaitaan myös näyttämään esimerkkiä rokotuskattavuuden puolesta.¹⁹⁴

Lääkäri on vastuussa potilaan informoimisesta erilaisissa tilanteissa, myös silloin, kun potilas itsemääräämisoikeutensa vedoten tekee hoitoaan koskien päätöksen, joka poikkeaa täysin lääkärin suosituksesta.¹⁹⁵ Esimerkiksi vaihtoehtoisia hoitomuotoja käsittelevässä kannanotossa kehoitetaan lääkäriä pyrkimään avoimeen keskusteluun potilaansa kanssa, jottei potilas pelkäisi saattaa lääkärinsä tietoon kaikkia käyttämiään hoitoja. Kannanotossa todetaan, että potilaan valitessa lääketieteellisen hoidon sijaan vaihtoehtoisen hoidon, lääkärillä on velvollisuus kertoa potilaalle näihin hoitoihin mahdollisesti liittyvät riskit ja haitat.¹⁹⁶ *Terveyden edistäminen ja terveysneuvonta* -kannanotossa todetaan, ettei lääkäri voi potilaan itsemääräämisoikeuteen vedoten jättää antamatta sairauksien ehkäisyä tai hoitoa koskevaa neuvontaa. Potilaan terveyttä haittaavista tai uhkaavista elintavoista ja niihin liittyvistä riskeistä tulee keskustella potilaan kanssa ja häntä tulee rohkaista terveyttä edistäviin päätöksiin. Lääkärin tulee

¹⁹¹ Lääkärin etiikka 2013, 46.

¹⁹² Lääkärin etiikka 2013, 49.

¹⁹³ Lääkärin etiikka 2013, 112.

¹⁹⁴ Lääkärin etiikka 2013, 193.

¹⁹⁵ Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785, 5§, 6§.

¹⁹⁶ ”Avoin keskustelu helpottaa tunnistamaan tilanteet, joissa potilas suunnittelee luopuvansa tarpeellisesta lääketieteellisestä hoidosta vaihtoehtoisen hoidon vuoksi. Lääkärin on tällöin selkeästi tuotava esiin riskit ja haitat, vaikka potilaalla onkin itsemääräämisoikeus hoitonsa osalta.” (Lääkärin etiikka 2013, 72.)

kuitenkin tällöinkin toimia niin, ettei hän loukkaa potilaan itsemääräämisoikeutta.¹⁹⁷

Kannanottojen tarkastelun perusteella näyttää siltä, että lääkärin vastuu voidaan ulottaa vieläkin laajemmalle. Lääkäreitä vastuullistetaan muun muassa valvomaan potilaiden parhaan toteutumista nykyisessä terveydenhuoltojärjestelmässä sekä huolehtimaan väestön terveydestä elintavat ja ympäristö mukaan lukien.¹⁹⁸ Potilaan itsemääräämisoikeutta ja sen rajoittamista käsittelevässä kannanotossa todetaan myös, että lääkärin rooli on aivan keskeinen, kun pyritään vahvistamaan ihmisoikeuksien toteutumista hoitokulttuurissa.¹⁹⁹

Olen tarkastellut tässä luvussa *Lääkärin etiikka* -kirjan kannanottojen valossa potilas-lääkärisuhdetta, odotuksia, joita lääkäreihin kohdistetaan, kuvaa lääkäristä ja potilaasta sekä sitä, mikä on lääkärin kliinisen autonomian suhde potilaaseen. Tämän perusteella voi todeta, että potilas-lääkärisuhdetta käsiteltäessä potilaan oikeudet ja lääkärin velvollisuudet sekä vastuu ovat teksteissä keskeisellä sijalla. Tekstien perusteella lääkäri vaikuttaa monesti yksin vastuuta kantavalta toimijalta. Kuvassa potilaasta puolestaan korostuvat hänen oikeutensa. Potilaan velvollisuuksista ei puhuta, hän voi vetäytyä vastuusta ja olla heikko.

Lääkärin kliinisen autonomian käsittely suhteessa potilaaseen jää kannanotoissa hyvin vähäiseksi siitä huolimatta, että se kuuluu oleellisena osana lääkärin työhön. Teksteissä kyllä korostetaan lääkärin kliinisen autonomian tärkeyttä niissä kohdin, missä siitä avoimesti puhutaan. Silti sitä ei kannanotoissa laajemmin käsitellä tai pyritä määrittelemään, ja sen tarkastelu suhteessa potilaaseen rajoittuu lähinnä tämän itsemääräämisoikeuden kanssa muodostuviin rajapintoihin. Tekstikohdat, joissa kirjoitetaan kliinisestä autonomiasta suhteessa potilaaseen, ovat lisäksi usein epäselviä ja vaikeatulkintaisia. Vaikuttaa siltä kuin lääkärin kliinistä autonomiaa ei tässä yhteydessä haluttaisikaan tuoda selkeästi esiin tai ainakaan millään tavoin korostaa. Ratkaisu on ristiriitainen, kun *Lääkärin etiikka* -kirjassa myös painotetaan lääkärin kliinisen autonomian keskeistä

¹⁹⁷ ”Terveysneuvonta on terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välistä vuorovaikutusta, jossa kunnioitetaan potilaan itsemääräämisoikeutta. Lääkärin ammatillinen velvoite on ottaa potilaan terveyttä haittaavat tai uhkaavat elintavat esille, kertoa riskeistä ja rohkaista häntä terveyden kannalta myönteisiin ratkaisuihin. ... Neuvonta edellyttää ammatillista osaamista. Itsemääräämisoikeutta ei saa loukata. ... Lääkäri ei (siis) voi sivuuttaa sairauksien ehkäisyyn tai hoitoon liittyvää neuvontaa esimerkiksi itsemääräämisoikeuteen vedoten.” (Lääkärin etiikka 2013, 185–186.)

¹⁹⁸ Lääkärin etiikka 2013, 168–169.

¹⁹⁹ ”Lääkärit ovat avainasemassa muutoksissa, joissa tavoitellaan ihmisoikeuksien vahvistamista hoitokulttuurissa.” (Lääkärin etiikka 2013, 45.)

merkitystä välttämättömän luottamuksen rakentumiselle potilassuhteessa. Tekstien tarkastelu lääkärin ja potilaan välisen suhteen näkökulmasta kiinnittää huomion klinisen autonomian sijaan ennen kaikkea lääkärin rooliin vastuunkantajana.

4.4. Lääkärin toimintaympäristö ja lääkärin klininen autonomia

Lääkäri ja potilas eivät kohtaa toisiaan tyhjiössä. Terveystyöyhteisössä toimitaan monenlaisissa vuorovaikutussuhteissa. Tässä luvussa tarkastelen lähemmin lääkärin kliinistä autonomiaa suhteessa lääkärin toimintaympäristöön. Toimintaympäristö käsittää erilaisia toimintaan vaikuttavia tekijöitä. Vaikka potilaan hyvän tuleekin lääkärin etiikan mukaisesti olla ensisijaisena lääkärin mielessä hänen tutkiessaan potilasta ja päättäessään tämän hoidosta, joutuu hän ottamaan toimintaympäristönsä huomioon työskennellessään.

Lääkärin on työssään mietittävä esimerkiksi lainsäädännöllisiä, taloudellisia, sosiaalisia ja yhteiskunnallisia asioita. Näiden lisäksi toimintaympäristöön ajatellaan yleensä kuuluvan muun muassa poliittisten, kulttuuristen ja luonnonympäristöön liittyvien tekijöiden. Tutkimuksessani lääkärin toimintaympäristön tarkastelu rajautuu lähdeä mukaillen käsittämään ennen muuta niitä näkökulmia, jotka liittyvät yhteiskuntaan, terveystyöjärjestelmään ja organisaatioihin, joissa lääkärit työskentelevät.²⁰⁰ *Lääkärin etiikka* -kirjan kannanottojen perusteella lääkärin klininen autonomia tulee haastetuksi erityisesti näissä suhteissa.

Kannanotto *Lääkäri ja potilas muuttuvassa yhteiskunnassa* alkaa kuvauksella siitä, millainen olisi ihanteellinen terveystyöjärjestelmä. Siinä kaikki eri tahot – lainsäädäntö, rahoitus, johtaminen ja hallinto – tukisivat potilaan hyvää hoitoa, joka on terveystyöjärjestelmän perustehtävä. Heti kuvauksen jälkeen kuitenkin todetaan, ettei ideaali toteudu arjessa.²⁰¹ On ilmeistä, että jokin tai useammat mainituista tahoista eivät hyvistä pyrkimyksistä huolimatta onnistu parhaalla tavalla palvelemaan potilaan hyvää hoitoa.

²⁰⁰ Tarkasteluni keskittyy nimenomaan suomalaiseen terveystyöjärjestelmään, joka on perinteisesti jakautunut yksityiseen ja julkiseen järjestelmään. *Lääkärin etiikka* -kirja suosittaa käyttämään käsitteitä julkinen ja yksityinen järjestelmä, ja puhumaan palveluiden tuottamisesta näissä järjestelmissä julkisten ja yksityisten tuottajien toimesta. Palvelun tuottajasta riippumatta palvelu kuuluu julkisen järjestelmän palveluihin, jos potilaan maksuosuus määräytyy asiakasmaksulain mukaan. Yksityiset tuottajat tuottavat julkisin varoin kustannettuja palveluja esimerkiksi palvelusetelitä käytettäessä tai kun kunnallinen palveluiden järjestäjä ulkoistaa toimintaansa yksityiselle yritykselle. Kun palvelun tuottaja on pääosin julkisesti omistettu, on tuottaja julkinen. (*Lääkärin etiikka* 2013, 209–210.)

Lääkäri ja yhteiskunta -luvun kannanotoissa kuvataan useita lääketieteessä ja yhteiskunnassa viime vuosikymmeninä tapahtuneita muutoksia sekä muutosten vaikutuksia lääkärin toimintaan. Muutokset heijastuvat terveyspalvelujärjestelmään ja lääkärin ja potilaan rooleihin sekä esimerkiksi siihen, millaisia odotuksia yhteiskunta kohdistaa lääkäriin. Muutosten myötä myös lääkärin kliinistä autonomiaa uhkaavat asiat ovat muuttuneet.

Lääkärin ja potilaan roolit ovat voimakkaassa muutoksessa yhteiskunnassamme. Ennen oli tavallista, että lääkäri toimi itsenäisenä ammatinharjoittajana. Nykyisin lääkärit toimivat usein yksityisen tai julkisen terveydenhuollon piirissä erilaisissa terveydenhuollon organisaatioissa. Yhä useammin lääkärit toimivat myös sellaisissa asiantuntijatehtävissä, joissa ei lainkaan hoideta potilaita. Tällaisia ovat esimerkiksi tehtävät teollisuuden palveluksessa tai vakuutuslääkärinä.²⁰²

Teknologian ja lääketieteen kehittymisen aiheuttama terveydenhuollon kustannusten kasvu vaikuttaa väistämättä lääkärin toimintaan. Lääketieteellä on nykyaikana käytettävissään huomattavasti tehokkaampia keinoja kuin ennen ja erilaiset hoitomahdollisuudet ovat lisääntyneet terveydenhuollon resursseja nopeammin. Uusia eettisiä kysymyksiä on syntynyt teknologian ja lääketieteen nopean kehityksen myötä. Uudet ja kehittyneemmät hoidot ovat usein kalliita ja siitäkin johtuen taloudelliset argumentit korostuvat terveydenhuollossa aiempaa enemmän. Tarve ensisijaistaa ja tehostaa toimintaa terveydenhuollossa on kasvanut.²⁰³

Lääkäri ja potilas muuttuvassa yhteiskunnassa -kannanotossa kuvataan, kuinka vuoteen 1991 asti toiminut Lääkintöhallitus turvasi lääkärin toiminnan yhdenmukaisuutta valtakunnallisin määräyksin ja ohjein, mutta nykyisin valta ja vastuu julkisen terveydenhuollon järjestämisestä kunnissa on kuntien poliittisilla päättäjillä. Kuntien rajalliset voimavarat saavat päättäjät korostamaan toiminnan kustannusten hillitsemistä tavoitteena.²⁰⁴

Kannanotossa korostetaan, että resurssien rajallisuuden vuoksi yhden potilaan parhaaksi ei voida ajatella toimittavan kaikin mahdollisin keinoin, sillä silloin toiset hoidosta hyötyvät potilaat tai potilasryhmät saattaisivat jäädä ilman hoitoa. Siksi lääkäri joutuu käytännön työssään ottamaan huomioon yksittäisen

²⁰¹ Lääkärin etiikka 2013, 167.

²⁰² Lääkärin etiikka 2013, 167, 208.

²⁰³ Lääkärin etiikka 2013, 166.

²⁰⁴ Lääkärin etiikka 2013, 168; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

potilaansa lisäksi myös väestöryhmien tai jopa koko väestön terveyden.²⁰⁵ Koska olemassa olevat resurssit tulee käyttää oikeudenmukaisesti ja tehokkaasti, lääkäri joutuu hoitotilanteessa punnitsemaan toimiensa oikeutusta hyödyn maksimoimisen periaatteen näkökulmasta ja toisaalta oikeudenmukaisuuden ja ihmisarvon kunnioittamisen periaatteiden valossa. Resurssien tuhlailu ei ole eettisesti perusteltua myöskään silloin, kun lääkäri hoitaa yksittäistä potilasta.²⁰⁶

Suomalaista terveydenhuoltojärjestelmää kuvailtaessa todetaan rahoituksen olevan sen monikanavaisuuden vuoksi vaikeasti hahmotettavissa. Pääosin kuntien kautta tapahtuva rahoituksen ohjaus vaihtelee. Kaikesta huolimatta kannanotoissa lähdetään siitä, että lääkärin tulisi hahmottaa potilaan tutkimuksien ja hoidon aiheuttamat kokonaiskustannukset sekä niistä koituvat hyödyt ja haitat maksajasta riippumatta.²⁰⁷

Lääkärin etiikka -kirjan mukaan ristiriitatilanteita lääkärin työssä syntyy yleisimmin hoitoa koskevien taloudellisten rajoitusten vuoksi.²⁰⁸ Kirjassa kuvataan, kuinka nykyisin niin julkisilla kuin yksityisilläkin terveydenhuollon organisaatioilla on toisaalta resurssien rajallisuuden toisaalta taloudellisen voitontavoittelun vuoksi paineita rajata lääkärin toimintaa eri tavoin.²⁰⁹ Lääkärin toimintamahdollisuuksia voidaan pyrkiä rajoittamaan muun muassa kunnallisin toimintasäännöin ja budjettirajoituksin. Näin muut normit ja ohjaustekijät voivat joutua ristiriitaan lääkärin kliinisen autonomian kanssa.²¹⁰ Tekstin mukaan potilaalla ja lääkärillä on harvoin mahdollisuus päättää täysin vapaasti hoidosta. He joutuvat yleensä ottamaan huomioon toisten osapuolten toiminnalle asettamat reunaehdot. *Lääkäri, potilas ja kolmas osapuoli* -luvussa todetaan, että tällaiset potilas-lääkärisuhteen ulkopuoliset tekijät voivat uhata lääkärin kliinistä autonomiaa tai rajoittaa sitä. Potilasta hoidettaessa ovat lääkärin etiikan peruseriaatteet organisaatiosta riippumatta kuitenkin aina samat.²¹¹ Kirjassa

²⁰⁵ Kannanotossa todetaan, että sosiaalieettinen päämäärä sisältyy jo lääkärin valaan: ”Päämääränäni on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä sairaiden parantaminen ja heidän kärsimystensä lievittäminen.” Tämän nähdään viittaavan sosiaalisen vastuuseemme sellaisista terveyteen liittyvistä yleisistä seikoista kuin elintavoista ja ympäristön tilasta. (*Lääkärin etiikka* 2013, 168–169.)

²⁰⁶ Launis 2013, 29; *Lääkärin etiikka* 2013, 171–174.

²⁰⁷ *Lääkärin etiikka* 2013, 168.

²⁰⁸ *Lääkärin etiikka* 2013, 170.

²⁰⁹ *Lääkärin etiikka* 2013, 210–211.

²¹⁰ *Lääkärin etiikka* 2013, 170.

²¹¹ *Lääkärin etiikka* 2013, 208–210.

korostetaan, että lääkärin tulee ennen muuta kunnioittaa potilastaan ja pitää huolta tämän hyvinvoinnista ja oikeuksista.²¹²

Tilanne on vaikea myös silloin, jos potilaan ja lääkärin intressit poikkeavat selvästi organisaation intresseistä. *Lääkäri ja yhteiskunta* -luvun johdannossa todetaan peittelemättä, että jos organisaation tavoitteet ja vaatimukset joutuvat ristiriitaan lääkärin ja potilaan tavoitteiden kanssa, lääkärin kliininen autonomia voi vaarantua.²¹³

Ristiriitatilanteita voi syntyä yhtä lailla julkisen kuin yksityisen työnantajan palveluksessa. Julkisessa terveydenhuollossa voivat esimerkiksi päätöksentekijöiden linjaukset poiketa lääkärin näkemyksestä kun päätetään, kuinka paljon lääkäri tarvitsee resursseja vastuullaan olevan väestön hoitamiseen. Lääkäri saattaa kokea myönnettyjen resurssien olevan täysin riittämättömät potilaiden hyvään hoitoon. Yksityisellä työnantajalla voi olla houkutus suosittaa esimerkiksi tarpeettomia ja kalliita toimenpiteitä tai kontrolleja tulovirran lisäämiseksi. Tällaisissa tilanteissa keskeinen kysymys *Lääkärin etiikka* -kirjan mukaan on, kenen edun mukaan lääkärin ensisijaisesti tulee toimia: tuleeko lääkärin toteuttaa potilaansa etua vaiko yhteiskunnan tai yritysten vaihtelevia ohjeistuksia ja toiveita.²¹⁴

Luvun 4.2. esimerkissä suun terveydenhuollon toimijoita oli [kunnassa] ohjeistettu potilaiden jatkoaikojen varaamisessa siten, että jo hoidossa olevan potilaan seuraava aika tuli antaa vasta puolen vuoden päähän käynnistä. Suun terveydenhuollosta vastaava johto mahdollisesti pyrki tällä tavoin turvaamaan uusien potilaiden aikojen saatavuutta, mikä oikeudenmukaisuuden periaatteen näkökulmasta olisikin ollut perusteltua. Ohjeistuksen mukaan toimien estyi kuitenkin esimerkiksi hammaslääketieteellisesti perustellun hyvän juurihoidon toteutus ja mahdollisten komplikaatioiden ja hoidon epäonnistumisen riski kasvoi. Lääkäriä hänen etiikkansa velvoittaa toimimaan potilaan parhaaksi ja välttämään haitan aiheuttamista. Ohjeistuksen mukaan toimiva [hammaslääkäri] ei voinut noudattaa etiikkaansa eikä päättää itsenäisesti potilaan hyvästä hoidosta, joten kyseinen ohjeistus rajoitti [kunnan] hammaslääkärien kliinistä autonomiaa.²¹⁵

Toisessa esimerkkitilanteessa [yksityinen yritys] ohjeisti hammaslääkäreitään antamaan tarkastuksessa käyneelle potilaalle seuraava

²¹² Lääkärin etiikka 2013, 170.

²¹³ Lääkärin etiikka 2013, 166, 168–169, 210.

²¹⁴ Lääkärin etiikka 2013, 166, 168–169, 210.

²¹⁵ Suomen Hammaslääkäriliiton eettisen valiokunnan kokousmuistiinpanot.

tarkastusaika vuoden päähän edellisen hoitajakson päättymisestä.²¹⁶ Osalle potilaista käytäntö saattoi olla hammaslääketieteellisesti perusteltu, mutta ei kaikille. Hammaslääkärin, ei suun terveydenhuollon palveluja tuottavan yksityisen yrityksen, tulee päättää potilaan hoidosta sekä arvioida seuraavan tarkastuksen suositeltava ajankohta potilaan yksilöllisen tarpeen mukaan. Kuvatonlainen ohjeistus puuttuu hammaslääkärin kliiniseen autonomiaan ja pyrkii vaikuttamaan hänen potilaan hoitoa koskevaan päätöksentekoonsa.

Toisentyypisiä haasteita lääkärin kliiniselle autonomialle syntyy muun muassa konsumerismin ja medikalisaation myötä. Kuluttajalähtöisyyden eli konsumerismin²¹⁷ korostaminen terveydenhuollossa on lisännyt kansalaisen itsemääräämisoikeutta ja valinnanvapautta, mikä aihetta käsittelevässä kannanotossa nähdään itsessään myönteisenä asiana. Kaupallisuus voi myös korostua niin, että esimerkiksi epätasa-arvo lisääntyy terveydenhuollossa, sillä terveimmillä ja varakkaimmilla on parhaat mahdollisuudet käyttää palveluja. *Konsumerismi* -kannanotossa päädytäänkin siihen, että konsumerismin rajoittaminen terveydenhuollossa on oikeudenmukaisuuden toteutumisen ja potilaan suojelemisen vuoksi eettisesti perusteltua. Esimerkiksi hyvin markkinoitujen menetelmien kysyntä voi pitkälle viedyssä konsumerismissä kasvaa, vaikka menetelmien vaikuttavuudesta ei olisikaan riittävää tieteellistä näyttöä tai kokemusta. Konsumerismin uhka lääkärin kliiniselle autonomialle voi näkyä esimerkiksi sellaisina potilaan vaatimuksina, jotka ovat lääkärin ammattietiikan vastaisia.²¹⁸ Hanna Toiviainen luonnehtii väitöskirjassaan aktiivista kuluttaja-potilasta kiinnostuneeksi ”asettumaan hoitosuhteessa entistä tasavertaisempaan asemaan, neuvottelemaan lääkärin kanssa tai jopa sanelemaan, kuinka häntä tulee hoitaa”.²¹⁹ Tämän tyyppistä potilaan käyttäytymistä käsittelevä esimerkin avulla edellisessä luvussa.

²¹⁶ Suomen Hammaslääkäriliiton eettisen valiokunnan kokousmuistiinpanot.

²¹⁷ *Lääkärin etiikka* -kirjan aihetta käsittelevässä kannanotossa (Lääkärin etiikka 2013, 181–183.) kerrotaan konsumerismin korostavan kansalaisen itsemääräämisoikeutta, valinnanvapautta, terveydenhuollon läpinäkyvyyttä ja potilaan vapaata tiedonsaantia sekä vähentävän lääketieteen ammattikuntien auktoriteettiasemaa. Sen hyvinä vaikutuksina pidetään terveydenhuollon kustannusten alenemista, terveystalvelujen laadun paranemista kilpailuttamisen ansiosta ja hoitojen tuloksellisuuden paranemista kansalaisten sitoutumista lisäämällä. Kansantaloudessa konsumerismilla viitataan kansalaisten kuluttajakäyttäytymisen keskeiseen rooliin kansantaloudessa. Terveydenhuollossa konsumerismi näkeekin potilaan roolin aktiivisena valintoja tekevänä kuluttajana ja asiakkaana. Pyrkimys korvata sana ”potilas” sanoilla ”asiakas” tai ”kuluttaja” on lähtöisin konsumeristisesta ajattelusta.

²¹⁸ Lääkärin etiikka 2013, 181–183.

²¹⁹ Toiviainen 2007, 13.

Nopeasti kehittyneen lääketieteen keinoin voidaan nykyisin vaikuttaa ilmiöihin, joita ei ennen pystytty hoitamaan, ja tutkimusmenetelmien tarkentuessa on tullut mahdolliseksi löytää sellaisia aiemmin piiloon jääneitä riskitekijöitä, jotka voivat aiheuttaa sairautta ja jotka olisi syytä hoitaa. Medikalisaatiota²²⁰ käsittelevässä kannanotossa varoitetaan tämän pohjimmiltaan myönteisen kehityksen voivan helposti johtaa perusteettomaan markkinointiin ja katteettomiin lupauksiin.²²¹

Ilkka Niiniluoto tuo artikkelissaan esiin sen, että medikalisaatiota saattavat lisätä myös lääkärikunnan ammatilliset intressit ja suomalaisten terveydelle antama suuri merkitys. Hän kritisoi Maailman terveysjärjestön sinänsä hyvää tarkoittavaa terveyden määritelmää, jonka mukaan terveys ei ole vain taudin tai vamman poissaoloa, vaan täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila. Niiniluodon mukaan terveyden määrittely tällä tavoin lisää medikalisaatiota ja laventaa sairauden käsitettä, koska poikkeamat oletetusta täydellisyydestä tulee diagnosoida parantamista vaativiksi taudeiksi.²²²

Medikalisaatio -kannanotossa pidetään ongelmana muun muassa sitä, että lääketieteen mahdollisuuksiin kohdistetut odotukset saattavat olla epärealistisia ja kasvavat kustannukset aiheuttaa ongelmia. Kannanotossa korostetaan lääkärikunnan sitoutuneen tieteellisen lääketieteen käytäntöihin ja muistutetaan vastuullisesta markkinoinnista²²³ ja toiminnasta. Lääkärin tulee kantaa vastuu toiminnastaan eikä hänen tule antaa esimerkiksi kaupallisten intressien ohjata tutkimus- ja hoitopäätöksiään, mikä voisi uhata hänen kliinistä autonomiaansa.²²⁴

Edellisessä luvussa analysoin tarkemmin tekstijaksoa, jossa käsiteltiin potilaan itsemääräämisoikeutta ja lääkärin kliinistä autonomiaa. Totesin, etteivät kliinistä autonomiaa käsittelevät tekstit suhteessa potilaaseen ole merkitykseltään yksiselitteisiä. Lääkärin kliinisen autonomian suhde lääkärin toimintaympäristöön

²²⁰ Medikalisaatio määritellään pyrkimykseksi ratkaista lääketieteellisin keinoin ihmisen elämänsä sosiaaliset ja elämänsä katsomukselliset ongelmat sekä muuntaa elämän päättymisen pelkästään lääketieteelliseksi ja hoidolliseksi kysymykseksi (Tieteen termipankki: Filosofia:medikalisaatio.).

Lääkärin etiikka -kirjan mukaan medikalisaatio voidaan suomentaa lääketieteellistymiseksi ja sillä tarkoitetaan yhteiskunnallista ilmiötä, ”jossa uusia ja aikaisemmin lääketieteeseen liittymättömiä asioita aletaan määritellä lääketieteellisesti ja niistä puhutaan terveyteen ja sairauteen liittyvillä käsitteillä” (*Lääkärin etiikka* 2013, 179.).

²²¹ *Lääkärin etiikka* 2013, 180.

²²² Niiniluoto 2003, 1859.

²²³ Suomen Lääkäriliitolla ja Suomen Hammaslääkäriliitolla on yhteiset Lääkäreitä ja lääkäripalveluja koskevat markkinointiohjeet, jotka ovat vuodelta 2015 ja joita on täydennetty vuonna 2016. Ohjeissa korostetaan totuudenmukaisuutta ja luotettavuutta. Ohjeet löytyvät Lääkäriliiton internet-sivuilta osoitteesta <https://www.laakariliitto.fi/laakaran-tietopankki/kuinka-toimin-laakarina/laakareita-ja-laakaranpalveluita-koskevat-markkinointiohjeet/>.

näyttää kannanottojen valossa yleisesti ottaen selkeämmältä, joskin paikoin on teksteissä tässäkin suhteessa ristiriitaista tai monitulkintaista ohjeistusta.

Lääkäri ja potilas muuttuvassa yhteiskunnassa -kannanotossa todetaan, että lääkärin asiantuntijatehtäviin kuuluu ottaa osaa yhteiskunnassa käytävään terveydenhuollon resurssi- ja organisaatiokeskusteluun. Asiantuntijana hänen tulee tehdä sekä poliittisille päätöksentekijöille että suurelle yleisölle tietäväksi muun muassa olemassa oleva näyttö ja tieto eri vaihtoehtojen hyödyistä ja haitoista. Samassa yhteydessä muistutetaan, että päävastuu julkisen terveydenhuollon resurssien riittävyydestä on kuitenkin kuntien poliittisilla päättäjillä²²⁵. Tekstin mukaan lääkärillä voi olla päättäjien linjasta poikkeava näkemys tarvittavien voimavarojen riittävyydestä, mutta vaikka näin olisikin, hänelle jää edelleen ammatillinen vastuu hoitovalinnoista. Hoitovalintojen tekemisessä lääkärin tukena ovat lait ja erilaiset näyttöön pohjaavat hoitosuosituksiset, mutta ne eivät korvaa hänen omaa harkintaansa ja johtopäätöksiään.²²⁶ Tässä kohdin viitataan jälleen lääkärin kliiniseen autonomiaan, vaikka termiä ei käytetäkään. Kliininen autonomia takaa lääkärille vapauden päätyä itsenäisesti johtopäätöksiin ja toimia oman harkintansa mukaan.

Lääkärillä on oma asiantuntijavastuunsa. Hänen on esitettävä poliittisille päätöksentekijöille ja suurelle yleisölle ... perustelut eri vaihtoehtojen eduista ja haitoista. Lääkärin kanta oman vastuuväestönsä tarvitsemista terveydenhuollon voimavaroista saattaa olla ristiriidassa kunnan päätöksentekijöiden linjausten kanssa. Tämä ei kuitenkaan poista lääkärin ammatillista vastuuta hoitovalinnoista. Siinä häntä tukevat – lakien lisäksi – erilaiset näyttöön pohjaavat hoitosuosituksiset. Ne eivät kuitenkaan korvaa lääkärin omaa harkintaa ja johtopäätöksiä.²²⁷

Lääkärillä on tekstin mukaan kaksi roolia: toisaalta asiantuntijarooli, jossa hän kannanoton suosituksen mukaisesti osallistuu asiantuntijana keskusteluun terveydenhuollon rahoituksesta ja järjestämisestä, ja toisaalta ammatillinen rooli potilastyötä tekevänä kliinikkona, jossa hänellä on ammatillinen vastuu hoitovalinnoistaan, jotka hänen tulee tehdä kliiniseen autonomiaansa nojaten ja lakeihin ja hoitosuosituksiin tukeutuen. Ammatillinen vastuu hoitovalinnoista ei ole sidoksissa riittäviin tai riittämättömiin resursseihin, mutta asiantuntijana hänen tulee ottaa kantaa tähän kysymykseen.

Seuraavaksi tekstissä todetaan, että mikäli lääkäri ei koe puutteellisten resurssien vuoksi voivansa hoitaa potilaitaan riittävän hyvin, tilanne on

²²⁴ Lääkärin etiikka 2013, 180–181.

²²⁵ Sosiaali- ja terveydenhuolto on Suomessa jo pitkään ollut tarkoitus uudistaa siten, että taloudellinen vastuu julkisen terveydenhuollon rahoituksesta siirrettäisiin pois kunnilta, mutta uudistusprosessi on tutkimukseni kirjoittamisvaiheessa vielä kesken.

²²⁶ Lääkärin etiikka 2013, 167–169.

²²⁷ Lääkärin etiikka 2013, 169.

ammattieettisesti vaikea, ja lääkäri joutuu punnitsemaan mahdollisuuksiaan jatkaa toimessaan.²²⁸

Ammattieettisesti vaikea tilanne syntyy, jos lääkäri kokee, ettei voi puutteellisten resurssien vuoksi hoitaa potilaitaan riittävän hyvin. Tällöin lääkärin on omantuntonsa mukaisesti jopa päätettävä, voiko hän jatkaa toimessaan. Lääkärin eettisissä ohjeissa todetaan, että lääkärin tulee pysyä erillään sellaisesta sairaanhoidosta, jossa hänellä ei ole vapautta toimia velvollisuuksiensa ja eettisissä ohjeissa mainittujen periaatteiden mukaisesti. Lääkärin on toimittava sen puolesta, että potilaat saavat tarpeellisen hoidon.²²⁹

Käytännössä tulkitsen tekstin tässä kohdassa tarkoitettavan tilannetta, jossa resurssit ovat niin riittämättömät, ettei lääkäri voi enää hoitaa potilaitaan oman harkintansa mukaan ja heidän parhaakseen. Tekstin ymmärtämistä helpottaa, kun erottaa toisistaan sellaisen tilanteen, jossa resurssien rajallisuus vaikuttaa mahdollisuuksiin tarjota esimerkiksi tietynlaisia hoitotoimenpiteitä, mutta jonka lääkäri ei kuitenkaan katso rajoittavan kliinistä autonomiaansa siinä määrin että potilaiden hyvä hoito vaarantuisi, sellaisesta tilanteesta, jossa lääkärin kliininen autonomia vaarantuu puutteellisten resurssien vuoksi eikä hän voi hoitaa potilaita asianmukaisesti. *Lääkärin etiikka* -kirja kehottaa lääkäriä jälkimmäisessä tilanteessa harkitsemaan jopa toimensa jättämistä.²³⁰

Kappale päättyy tässä asiayhteydessä ristiriitaiselta vaikuttavaan ohjeeseen, jonka mukaan lääkärin tulee edistää toimillaan potilaiden tarvitseman hoidon saamista. Omaatuntoaan kuunteleva lääkäri voi kokea vaikeaksi toimia ensimmäisen ohjeen mukaan ja jättää toimensa sekä sen myötä potilaansa ilman hoitoa, kun heti tämän jälkeen häntä kehoitetaan toimimaan sen puolesta, että potilaat saisivat tarvittavan hoidon. Toisaalta tässä saatetaan myös tarkoittaa, että vaikka lääkäri mahdollisesti jättääkin toimensa, hänen tulee silti tehdä voitavansa, jotta potilaat eivät jäisi ilman tarpeellista hoitoa. Teksti voisi viitata siihenkin, että lääkärin irtisanoutuminen on vahva kannanotto ja viesti päättäjille tilanteen vakavuudesta. Kappaleen varsinainen viesti jää epäselväksi.

Kappaleen tarkastelu laajemmassa tekstikokonaisuudessa ei auta selventämään tulkintaa. Kappale kuuluu kannanotossa jaksoon, joka on otsikoitu ”Vastuuna väestön terveys”. Jaksossa keskitytään otsikkoa seuraten ennen muuta lääkärin yhteiskunnalliseen vastuuseen yleisellä tasolla asiantuntijaroolin näkökulmasta.²³¹ Näkökulma vaihtuu tässä yhdessä kappaleessa potilaita hoitavan

²²⁸ Lääkärin etiikka 2013, 169.

²²⁹ Lääkärin etiikka 2013, 169.

²³⁰ On huomattava, että kirjan ohje on suunnattu suomalaisessa hyvinvointiyhteiskunnassa toimivalle lääkärille. Suomessa päätökset julkiseen terveydenhuoltoon varatuista voimavaroista ovat poliittisia eikä terveydenhuollon resurssien vähyys johdu siitä, ettei resursseja olisi, vaan siitä että ne on päätetty ohjata toisaalle.

²³¹ Lääkärin etiikka 2013, 169.

lääkärin näkökulmaksi. Tekstin mukaan mahdollisuus säilyttää riittävä kliininen autonomia on niin keskeinen, että sen rajoittaminen voi edellyttää, että lääkärin on syytä harkita toimestaan luopumista.

Seuraavassa kappaleessa palataan jälleen lääkärin asiantuntijaroolin näkökulmaan ja aiheiden käsittely jatkuu yleisemmällä tasolla.²³² Kliinikko-lääkärille esitetyn kehotteen luopua toimestaan, jos potilaiden riittävän hyvä hoito ei ole mahdollista, ja toisaalta vetoomuksen toimia sen puolesta, että potilaat saisivat tarpeellisen hoidon, voi tulkita viittaavan vastuuseen väestön terveydestä. Kannanotto halunnee korostaa klinikon vastuuta väestöstä ja muistuttaa, että havaitessaan epäkohdan, on lääkärin syytä reagoida siihen. Tämän olisi voinut ilmaista yksiselitteisemmin.

Kannanotossa *Lääkäri ja potilas muuttuvassa yhteiskunnassa* korostetaan yleisesti lääkärin vastuuta potilaiden parhaan valvojana. Nykyisen terveydenhuoltojärjestelmän taloudellisen ohjauksen pirstaleisuus ei kannanoton mukaan edistä potilaan edun toteutumista, minkä vuoksi lääkäreitä veloitetaan seuraamaan toimintaympäristönsä kehitystä ja reagoimaan siihen.²³³ Juuri näin teki erikoistuva nuori terveystieteiden lääkäri Lara Juvonen, jonka sosiaalisessa mediassa julkaissut kirjoitus sai paljon huomiota mediassa. Kirjoituksellaan nuori lääkäri halusi osallistua keskusteluun terveystieteiden lääkäripulasta. Hänen mukaansa lääkärit kokevat ”painostusta tehdä työtään huonommin kuin oma ammattietiikka sen sallisi jatkuvan kiireen ja resurssiongelmien takia”.²³⁴ Muun muassa tästä syystä Juvonen itsekin kertoi pohtivansa, voiko jatkaa toimessaan terveystieteiden tutkimuksessa.²³⁵

Useissa *Lääkärin etiikka* -kirjan kannanotoissa tuodaan esiin se, että terveydenhuollossa joudutaan käytännössä tekemään kompromisseja ja priorisointia. On tehtävä vaikeita eettisiä valintoja.

²³² Lääkärin etiikka 2013, 169.

²³³ Lääkärin etiikka 2013, 168.

²³⁴ Vainio 2019.

²³⁵ Lääkäreiden siirtyminen terveystieteiden tutkimuksesta yksityisen sektorin palvelukseen herätti paljon keskustelua mediassa syksyllä 2019. Asiaa käsitelleessä lehtiartikkelissa kerrotaan useiden terveystieteiden tutkimusten toimivien lääkäreiden jakavan Juvosen ajatukset ja monien jo siirtyneen Juvosen kirjoituksessaan esiin tuomien syiden vuoksi julkiselta puolelta yksityiselle töihin. (Vainio 2019.)

Keskustelu terveystieteiden tutkimuksen vaikeuksista jatkui mediassa ja mm. Markku Pekurinen THL:stä viittasi sekavaan rahoitusmalliin yhtenä ongelmien syynä. Hänen mukaansa kuntien perusterveydenhuoltoon ohjaamat varat ovat vuosien kuluessa juuri rahoitusmallista johtuen pienentyneet huomattavasti verrattuna erikoissairaanhoidon käyttöihin menoihin, jotka puolestaan ovat kasvaneet suhteettoman suuriksi. Kunnat ovat Pekurisen mukaan tinkineet perusterveydenhuollosta ja sen rahoitus on vuosien kuluessa pienentynyt aiemmasta, minkä vuoksi

Priorisointia²³⁶ on suomalaisessa terveydenhuollossa²³⁷ alettu harjoittaa avoimemmin vasta 2000-luvulla. Aihetta käsittelevässä kannanotossa muistutetaan, että vastuu julkisen terveydenhuollon oikeudenmukaisuudesta on julkisella vallalla. Lääkärillä on priorisoinnissa kannanoton mukaan kaksi eri roolia. Lääketieteellisen asiantuntemuksensa perusteella hänellä on keskeinen asiantuntijarooli terveydenhuollon priorisointipäätösten tekemisessä. Lääkärin toimiessa asiantuntijana tai hallinnollisissa tehtävissä julkisessa terveydenhuollossa hänen tehtävänsä on kertoa näkemyksensä tarvittavista resursseista ja erilaisten priorisointipäätösten seurauksista potilaiden kannalta. Sen sijaan yksittäisen potilaan hoitopäätöstä tekevän klinikon rooliin kuuluu keskittyä potilaansa hoitoon tämän parhaaksi hänen kanssaan yhteistyötä tehden.²³⁸

Kannanotossa *Priorisointi terveydenhuollossa* sanotaan avoimesti, että kaikkea hoitoa ei voida toteuttaa julkisin varoin. Kannanotto korostaa lääkärin velvollisuutta informoida potilasta ja keskustella hänen kanssaan eri hoitovaihtoehtoista ja niiden merkityksestä potilaalle silloinkin, kun julkisen terveydenhoidon ei ole mahdollista tarjota potilaalle häntä eniten hyödyttävää hoitoa. Käytännössä resurssien rajallisuus voi siis rajoittaa lääkärin klinistä autonomiaa, sillä aina ei ole mahdollista valita parasta hoitoa, vaikka lääkäri

perusterveydenhuollon ongelmat ovat korostuneet. Lisäksi työtehtävät perusterveydenhuollossa ovat lisääntyneet. (Repo 2019.)

²³⁶ Priorisointia määritellään jossain määrin erilaisia näkökulmia painottaen. *Lääkärietiikka* -kirjan kannanotossa *Priorisointi terveydenhuollossa* priorisoinnin todetaan tarkoittavan asioiden ensisijaistamista eli tärkeysjärjestykseen asettamista. Laajasti ymmärrettynä sen nähdään kannanoton mukaan tarkoittavan jokapäiväisten työhön liittyvien asioiden asettamista tärkeysjärjestykseen. Siihen katsotaan kuuluvan esimerkiksi hoitojen haittojen ja hyötyjen analyysia tai potilaiden kiireellisyysjärjestyksen määrittämistä päivystystilanteissa. Suppeammin ymmärrettynä priorisointi-käsitteellä viitataan resurssien niukkuudesta johtuvaan tarpeeseen jättää antamatta jotakin tai joitakin hoitoja. Jälkimmäisessä tapauksessa voitaisiin kannanoton mukaan puhua myös säännöstelystä terveydenhuollossa. (Lääkärietiikka 2013, 171.)

Heikki Saxén ja Salla Saxén (2016) määrittelevät priorisoinnin terveydenhuollossa laajasti hoitojen, potilaiden tai toimintojen tärkeysjärjestykseen asettamiseksi ”erityisesti rajallisten resurssien tarjoamaa taustaa vasten”.

Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan ETENEn internetsivuilla priorisointi määritellään lyhyesti valinnaksi, asioiden laittamiseksi tärkeysjärjestykseen. Priorisoinnista todetaan, että sen tarve on lisääntynyt lääketieteen teknologian kehittyessä. ETENE katsoo, että oikein tehdyllä priorisoinnilla voidaan säästää yhteiskunnan kustannuksia ja myös parantaa hoidon laatua ja vaikuttavuutta. Samalla kuitenkin todetaan, että priorisoinnin toteuttaminen oikeudenmukaisesti on vaikeaa. (Terveydenhuollon valinnat.)

²³⁷ Suomessa on Sosiaali- ja terveysministeriön toimesta määritelty yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet, jotka on viimeksi uudistettu vuonna 2019. (Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019.) Lisäksi Sosiaali- ja terveysministeriön alaisuudessa toimii terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto (PALKO), joka aloitti toimintansa vuonna 2014. Sen tehtäviin kuuluu antaa suosituksia terveyden- ja sairaanhoidon toimenpiteiden, tutkimusten sekä hoito- ja kuntoutusmenetelmien kuulumisesta palveluvalikoimaan tai rajaamisesta pois palveluvalikoimasta. (Terveydenhuollon palveluvalikoimaneuvosto.)

²³⁸ Lääkärietiikka 2013, 169, 171–175.

katsoisikin sen olevan lääketieteellisesti perusteltua. Kannanotossa puhutaan ”hoitotapahtuman ulkopuolelta määräytyistä reunaehdoista”.²³⁹

Yksittäisessä hoitopäätöksessä lääkäriä tulee olla kliininen autonomia toimia hoidettavan potilaan parhaaksi yhdessä tämän kanssa neuvotellen – hoitotapahtuman ulkopuolelta määrätyt reunaehdot huomioonottaen.²⁴⁰

Reunaehtoja ei erikseen määritellä, mutta tekstikokonaisuuden perusteella tarkoitettaneen priorisointia.²⁴¹ Kannanotto ei esitä reunaehtojen vaarantavan lääkärin kliinistä autonomiaa.

Toisaalla kannanotossa todetaan, että priorisointi tulee perustaa eettisesti hyväksytyjen periaatteiden varaan. Keskeisiä priorisoinnin perustaksi sopivia periaatteita ovat tekstin mukaan yhdenvertaisuus, hoidon tarve ja kustannusvaikuttavuus. Toisaalta huomautetaan, että esimerkiksi tieto terveydenhuollon toimintojen kustannuksista ja vaikutuksista on usein vajavaista ja osittain sidoksissa muun muassa järjestelmään ja moniin kulttuuritekijöihin. Kannanotto ilmaisee selvästi, ettei kliinikko-lääkärin tule priorisoida potilaitaan minkään muun kuin lääketieteellisen syyn nojalla. Lisäksi siinä korostetaan, että lääkärin tulee valansa mukaan täyttää velvollisuutensa jokaista kohtaan ketään syrjimättä.²⁴²

Tieteellinen näyttö ja hoitopäätökset -kannanotto kuitenkin kuvaa, kuinka käytännön lääkärit joutuvat tekemään merkittävän osan terveydenhuollon priorisointipäätöksistä esimerkiksi silloin, kun uusi hoito on huomattavasti kalliimpi kuin vanha hoito vaikkakin hieman tehokkaampi tai vähemmän sivuvaikutuksia aiheuttava. Arvovalinnat näissä tilanteissa ovat vaikeita. Kannanotto pitää ongelmallisena, että ääritapauksessa lääkäri joutuu valitsemaan antaako potilaalleen parasta mahdollista hoitoa vai painottaako yhteiskunnan näkökulmaa tarjoten kustannusvaikutukseltaan parhaan hoidon.²⁴³

Lääkärin etiikka -kirjan priorisointia koskevasta kannanotosta saa vaikutelman, että kysymys on lähinnä julkisen terveydenhuollon ongelmasta. Ovatko priorisointiin liittyvät haasteet vain julkisen puolen ongelma? Voiko yksityisessä järjestelmässä toimiva lääkäri olla piittaamatta priorisoinnista?

²³⁹ Lääkärin etiikka 2013, 174.

²⁴⁰ Lääkärin etiikka 2013, 174.

²⁴¹ Kappaleen teksti jatkuu seuraavasti: ”Potilaalla on oikeus saada tietoa käytettävissä olevista hoitovaihtoehdoista, niiden seurauksista ja kustannuksista sekä osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Kun potilas ei priorisoinnin vuoksi voi saada häntä hyödyttävää hoitoa julkisessa terveydenhuollossa, tulee lääkärin informoida asiasta potilasta ja keskustella hänen kanssaan. päätöksen hoidollisesta merkityksestä potilaan kohdalla.” (Lääkärin etiikka 2013, 174.)

²⁴² Lääkärin etiikka 2013, 171–175.

²⁴³ Lääkärin etiikka 2013, 70.

Yksityinen ja julkinen terveydenhuolto -kannanoton mukaan lääkärin tulee noudattaa kansallisten hoitosuosituksen mukaisia hoitoindikaatioita järjestelmästä riippumatta. Kannanotto korostaa, etteivät taloudelliset seikat saa johtaa lääkäriä epätarkoituksenmukaisiin hoitolinjoihin, vaan lääkärin tulee pitää kiinni kliinisestä autonomiastaan ja toimia aina potilaan parhaaksi yksittäisissä hoitopäätöksissä. Yksityinen järjestelmä ei ole irrallaan julkisesta rahoituksesta, sillä kansalaiset saavat yksityisen sektorin palveluiden käyttöön tukea julkisista varoista sairausvakuutuksen kautta. Lisäksi eri sektoreiden välisen yhteistoiminnan lisääntyessä enenevässä määrin ei näiden erottaminen toisistaan ole enää yksinkertaista.²⁴⁴

Kannanotossa korostetaan, että resurssit vaikuttavat kaikkeen hoitoon järjestelmästä riippumatta. Koska järjestelmien toiminnassa on eroja myös eettiset haasteet, joita lääkärit eri järjestelmien palveluksessa toimiessaan voivat kohdata, poikkeavat toisistaan. Esimerkiksi julkisessa terveydenhuoltojärjestelmässä lääkäri voi kokea joutuvansa resurssien puutteen vuoksi tarjoamaan potilaalle hoitoa, joka ei vastaa tämän tarpeita parhaalla mahdollisella tavalla. Yksityisessä järjestelmässä ongelmaksi voivat sen sijaan muodostua sellaiset kannanotossa epäeettisiksi mainitut toimet kuin turhat toimenpiteet ja kontrollit, vaikka ne tulovirtaa lisäävinä työnantajaa miellyttäisivätkin.²⁴⁵

Kannanoton keskeinen viesti on, että lääkärin toiminnalle tulee aina olla lääketieteelliset perusteet ja että hoidon laadusta sekä eettisistä periaatteista on pidettävä kiinni. Lääkäri on järjestelmästä ja potilaan hoidon maksajasta riippumatta velvoitettu tasa-arvon ja oikeudenmukaisuuden vaatimusten nojalla huomioimaan päätöksistään seuraavat kustannukset.²⁴⁶

Tässä luvussa olen kiinnittänyt huomioni lääkärin toimintaympäristöön ja sen vaikutuksiin lääkärin työhön ja lääkärin kliiniseen autonomiaan. Viime vuosikymmeninä yhteiskunnassa ja terveydenhuollossa tapahtuneet muutokset ovat vaikuttaneet paljon lääkärin työhön. Terveyspalvelujärjestelmä, jossa lainsäädäntö, rahoitus, johtaminen ja hallinto olisivat keskenään tasapainossa, on yhä vaikeammin toteutettavissa, sillä terveydenhuollon kustannukset ovat kallistuneet entisestään. Tarve tehdä kompromisseja ja priorisoida on lisääntynyt.

Suurimman uhan lääkärin kliiniselle autonomialle muodostaa kannanottojen tarkastelun perusteella resurssien rajallisuus. Ristiriitatilanteita syntyy

²⁴⁴ Lääkärin etiikka 2013, 209–211.

²⁴⁵ Lääkärin etiikka 2013, 209–211.

tavallisimmin esimerkiksi organisaation asettamien taloudellisten rajoitusten takia, mutta myös esimerkiksi konsumerismi ja medikalisaatio voivat uhata lääkärin kliinistä autonomiaa.

Kannanotot kuvaavat mahdollisia ongelmia useiden käytännön esimerkkien avulla ja ohjeistavat lääkärin toimintaa vaikeissa tilanteissa. Ristiriitoja kuvataan avoimesti, ja lääkärin itsenäisyyttä ja riippumattomuutta esimerkiksi organisaatiosta, jossa hän työskentelee, korostetaan voimakkaasti. Jotkin kannanottojen ohjeet vaikuttavat kuitenkin ristiriitaisilta ja ovat vaikeasti tulkittavia. Avoimeksi jää myös, mitä varsinaisesti tarkoitetaan niillä hoitotapahtuman ulkopuolelta määräytyvillä reunaehdoilla, jotka lääkärin tulee ottaa huomioon, mutta joiden ei esitetä vaarantavan lääkärin kliinistä autonomiaa. Tarkastelun perusteella lääkärin kliinisen autonomian suhde lääkärin toimintaympäristöön on silti kokonaisuudessaan selkeämpi kuin suhde potilaaseen.

Kannanotot tähdentävät lääkärin vastuuta potilaiden suojelijana ja heidän etujensa valvojana. Puhe ei ole enää vain yksittäisestä potilaasta, vaan vastuu laajenee käsittämään koko väestön. Kannanottojen mukaan lääkäri toimii terveydenhuollossa kahdessa roolissa: suhteessa päättäjiin hän on lääketieteen asiantuntija esimerkiksi priorisointikysymyksissä, mutta suhteessa potilaisiin hän on hoidosta vastaava käytännön työn tekijä, klinikko. Molemmissa rooleissa lääkärin tehtävä on valvoa potilaiden hyvän ja oikeudenmukaisuuden ja tasa-arvon toteutumista.

4.5. Lääkärin kliinisen autonomian suhde professioon

Tässä luvussa selvennän yksittäisen lääkärin kliinisen autonomian ja lääkäriprofession välistä suhdetta. Profession ja professionalismia käsitellään laajasti *Lääkärin etiikka* -kirjan luvussa *Lääkäri ja professio*. Luku edustaa kirjassa selkeimmin ammattietiikkaa ja tekstit ovat tyypiltään normittavia. Lainsäädännön sijaan luvussa korostuvat ammattiliittojen ohjeet. Luvun kannanotoissa syvennyttään erityisesti lääkärin väliseen kollegiaalisuuteen, toimintaan sosiaalisessa mediassa, lääkärin työkykyyn ja terveydenhoitoon liittyviin kysymyksiin sekä lääkärin toiminnan valvontaan. *Lääkäri ja professio* -lukua voi kuvata profession asemaa, yksittäisen lääkärin kliinistä autonomiaa ja kollegakunnan yhtenäisyyttä tukevasti lääkärin puheeksi lääkärikollegoille.

²⁴⁶ Lääkärin etiikka 2013, 210–211.

Tarkastelen tässä luvussa, millaisena lääkäriprofession asemaa kannanotoissa pidetään, millaisena professio itse näkee asemansa ja millä keinoilla professio pyrkii tukemaan asemansa säilyttämistä. Yhteiskunnassa tapahtuneet muutokset vaikuttavat myös lääkäriprofession. Kuvailen professionalismin ja kollegiaalisuuden merkitystä ja niitä edellytyksiä, joilla professio voi säilyttää yhteiskunnan luottamuksen. Samalla teen huomioita siitä, millä tavoin lääkärin kliininen autonomia ja profession asema ovat sidoksissa toisiinsa.

Lääkäriprofessionilla on perinteisesti tärkeä asema yhteiskunnassa. Heikki Pälve kirjoittaa *Lääkäriprofession* -kirjassa lääkäriprofession aseman säilymisen edellyttävän, että profession jäsenet sitoutuvat ammattiin kuuluviin eettisiin ja ammatillisiin normeihin ja arvoihin, jotka muodostavat lääkärin etiikan perustan.²⁴⁷ *Lääkärin etiikka* -kirjan professiota ja professionalismia käsittelevän luvun johdannossa lääkärin etiikan tärkeimpinä arvoina pidetään potilaan edun ensisijaistamista, ammattitaidon ylläpitämistä ja kollegiaalista yhteistyötä.²⁴⁸

Lääkärin etiikan merkitys professiota yhdistävänä tekijänä on Heikki Pälveen mukaan edelleen keskeinen, mutta lääkärin etiikkaa ei enää pidetä vain lääkäriprofession sisäisenä asiana. Siitä on Pälveen mukaan tullut osa laajempaa yhteiskunnallista keskustelua.²⁴⁹ Tämä näkyy myös *Lääkärin etiikka* -kirjassa. Muutamissa kannanotoissa on kohtia, joissa sanat osoitetaan profession jäsenten sijaan yhteiskunnalle tai julkisen vallan edustajille. Esimerkiksi kannanotossa *Syntymättömän ihmisarvo ja oikeudet* vedotaan yhteiskuntaan eettisesti vaikean asian selventämiseksi seuraavasti:

Yhteiskunnan pitäisi kaiken kaikkiaan ottaa selkeämmin kantaa syntymättömän ihmisarvoa ja oikeuksia koskeviin seikkoihin, koska kyse ei ole yksinomaan lääketieteellisen etiikan kysymyksistä.²⁵⁰

Geenitestit -kannanotto käsittelee geenitestejä useista eri näkökulmista.

Kannanotto antaa suosituksen myös lainsäätäjälle: ”Ennustavan geenitiedon tuomiin riskeihin on syytä ottaa kantaa lakitasolla hyvissä ajoin.”²⁵¹

Priorisointi terveydenhuollossa -kannanotto rajaa vastuun riittävästä resurssoinnista ja oikeudenmukaisuudesta terveydenhuollossa julkiselle vallalle ja demokraattiselle päätöksentekojärjestelmälle.

²⁴⁷ Pälve 2013, 12; Pälve 2017, 27.

²⁴⁸ *Lääkärin etiikka* 2013, 194.

²⁴⁹ Pälve 2013, 12.

²⁵⁰ *Lääkärin etiikka* 2013, 79.

²⁵¹ *Lääkärin etiikka* 2013, 138.

Suomessa julkisen vallan on perustuslain (731/1999) mukaan turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Kysymys riittävästä terveydenhuollon resursseista ja riittävästä terveydenhuollon palveluista on haastava. Se on olennaisesti poliittinen kysymys, jota ei nykyisellä lainsäädännöllä ole kovin selkeästi määritetty.²⁵²

Monet terveydenhuollon kysymykset ovatkin poliittisia, ja julkisen terveydenhuollon oikeudenmukaisuudesta on viime kädessä vastuussa julkinen valta ja erityisesti demokraattinen päätöksentekojärjestelmä.²⁵³

Aiheita yhdistää se, etteivät ne kuulu vain lääketieteellisen etiikan piiriin.

Kuitenkin lääkärit joutuvat työssään ratkaisemaan niitä koskevia kysymyksiä.

Lääkärin etiikka -kirjan tavanomaisesti linjasta poiketen ei näissä kohdissa vastuullisteta lääkäreitä, vaan odotetaan yhteiskunnan, erityisesti julkisen vallan edustajien kantavan vastuunsa.

Lääkärin etiikka -kirjan mukaan profession aseman heikentyminen on heikentänyt myös lääkärin kliinistä autonomiaa.²⁵⁴ Kannanotoissa perustellaan, miksi profession aseman säilyttäminen ja lääkärin kliinisen autonomian varjeleminen on tärkeää. Esimerkiksi kannanotossa *Lääkäri ja potilas muuttuvassa yhteiskunnassa* todetaan, että ”terveydenhuollon rakennemuutoksessa kysymys lääkärin kliinisestä autonomiasta on keskeinen sekä eettiseltä että potilaan oikeuksien kannalta”²⁵⁵. Salassapitovelvollisuutta käsittelevässä kannanotossa korostetaan, että potilaiden luottamuksen säilyttäminen on välttämätöntä, jotta nämä eivät jättäisi kertomatta diagnoosin ja hoidon kannalta keskeisiä tietoja. Kannanoton mukaan sekä yhteiskunta että yksittäinen potilas hyötyvät siitä, että potilaan luottamus lääkäriin säilyy.²⁵⁶ *Lääkärin etiikka* -kirjassa potilaan luottamuksen edellytyksenä pidetään lääkärin kliinistä autonomiaa.²⁵⁷

Salassapitovelvollisuus ja sen poikkeukset -kannanoton mukaan yhteiskunnan tulee ymmärtää profession asema oikein ja ylläpitää lääkärin kliinistä autonomiaa. Potilaiden luottamus lääkäreihin professiona vaarantuu, jos yhteiskunta velvoittaa lääkäreitä paljastamaan potilastietoja tilanteissa, joissa se ei ole potilaan edun mukaista. Kannanotto mainitsee esimerkkeinä lainsäädäntöön kirjatut lupaviranomaisen oikeuden saada terveystietoja ja lääkärin velvollisuuden ilmoittaa potilaan terveydentilaa koskevia tietoja lain sallimissa tilanteissa

Asian käsittely on nyttemmin edennyt ja genomilakiesityksen on määrä tulla eduskunnan käsittelyyn syysistuntokauden 2020 kuluessa (Genomilaki.).

²⁵² *Lääkärin etiikka* 2013, 172.

²⁵³ *Lääkärin etiikka* 2013, 175.

²⁵⁴ *Lääkärin etiikka* 2013, 197.

²⁵⁵ *Lääkärin etiikka* 2013, 170.

²⁵⁶ *Lääkärin etiikka* 2013, 55–56.

²⁵⁷ *Lääkärin etiikka* 2013, 169.

salassapitovelvollisuudesta huolimatta²⁵⁸. Tällaisesta voi kannanoton mukaan seurata lisääntyntä epäluottamusta potilaan ja lääkärin välillä, mikä vaikeuttaa potilaan hyvää hoitoa. Se voi myös rajoittaa profession mahdollisuuksia auttaa yhteiskuntaa.²⁵⁹

Jaana Hallamaan mukaan yhteiskunta hyötyy profession itsenäisyyden, sen arvojen ja perustehtävän kannalta tärkeiden päämäärien tukemisesta.

Luottamukseen perustuva suhde profession ja yhteiskunnan välillä vahvistaa profession kykyä ja mahdollisuuksia hoitaa yhteiskunnan sille antamaa tehtävää. Professionilta ja sen edustajilta tietysti edellytetään, että he eivät käytä asemaansa väärin.²⁶⁰

Professionalismi tukee lääkäriprofession aseman säilyttämistä yhteiskunnassa. Kannanotossa *Professionalismi ja kollegiaalisuus* korostetaan, että professionalismia tulee vaalia ja kehittää jatkuvasti. *Lääkäri ja professio* -luvun johdannon mukaan sen edistäminen ja ylläpitäminen on kollegakunnan yhteinen tehtävä.²⁶¹

Perinteisen professionalismin jatkuvuutta vaarantavat kannanoton mukaan terveydenhuollossa ja lääkärin toimintaympäristössä tapahtuneet muutokset. Kannanotossa kerrotaan lääkärin ammattikunnan yhtenäisyyttä horjuttavan erityisesti lääkärin roolissa tapahtunut muutos itsenäisestä ammatinharjoittajasta organisaatioiden palveluksessa toimivaksi virkamieheksi. Lääkärikunnassa tapahtuneet muutokset ovat samankaltaisia kuin yhteiskunnassa yleensä: lääkärin työsidoisuus on vähentynyt, ja yksilöllisistä ja taloudellisista arvoista on tullut tärkeämpiä. Kokemus lääkärin työn kutsumusluonteesta on menettänyt merkitystään.²⁶²

Professionalismin tavoitteena on toisaalta potilaiden hyvän hoidon varmistaminen ja toisaalta se, että lääkärinä toimiminen voi toteutua mielekkäällä tavalla. *Professionalismi ja kollegiaalisuus* -kannanotossa todetaan, että

²⁵⁸ ”Lupaviranomaisella on oikeus saada hakijasta lääketieteellinen arvio, jos saatujen tietojen tai haastattelun perusteella lupaviranomaisella on syytä epäillä luvanhakijan henkilökohtaista sopivuutta ampuma-aseen hallussapitoon. Lupaviranomaisella on oikeus salassapitovelvollisuuden estämättä saada lääketieteellisessä arviossa luvanhakijasta sellaiset terveystiedot, jotka ovat välttämättömiä lupaviranomaisen arvioidessa hakijan sopivuutta ampuma-aseen hallussapitoon.” (Ampuma-aselaki, 45§.)

”Sen estämättä, mitä tietojen salassapitovelvollisuudesta säädetään, lääkärin on ilmoitettava poliisille, jos hän toteaa, ettei ajokorttiluvan hakija tai ajo-oikeuden haltija enää täytä 17 tai 18 §:ssä säädettyjä terveysvaatimuksia jatkuvan päihteiden käytön tai terveydentilan muun kuin tilapäisesti tapahtuneen heikentymisen takia.” (Ajokorttilaki, 21§.)

²⁵⁹ Lääkärin etiikka 2013, 55–56.

²⁶⁰ Hallamaa 2017, 225–226.

²⁶¹ Lääkärin etiikka 2013, 194, 196.

ammattikunta voi täyttää yhteiskunnan siihen kohdistamat odotukset vain säilyttämällä professionalismin. Siksi on tärkeää opettaa professionalismin käsitteitä ja merkitystä sekä sen arvoja uusille lääkärisukupolville.²⁶³

Lääkäriprofession on toimittava aktiivisesti, jotta se säilyttäisi profession ja lääkärin autonomialle tarpeellisen yhteiskunnan luottamuksen. Amos Pasternack esittää *Lääkäriprofessio* -kirjan artikkelissaan, että profession on luotava toiminnan laadun takaavia standardeja luottamus pohjan tukemiseksi ja ylläpitämiseksi ja valvottava jatkuvaa ammatillista kehittymistä joko itsesäätelyn kautta tai jollain muulla yhteisesti sovitulla tavalla.²⁶⁴ Profession on varmistettava lääkärin riippumattomuuden ja ammatillisen autonomian säilyminen esimerkiksi suhteissa lääketeollisuuteen ja muuhun lääketieteeseen liittyvään teollisuuteen, jotka tukevat lääkäreille suunnattua koulutusta.²⁶⁵ Pasternack korostaa, että yhteiskunta on myöntänyt professionille lääkärin kliinisen autonomian ja se edellyttää profession asettavan toiminnassaan potilaan ja yhteiskunnan edun kaiken muun edelle profession oma etu mukaan lukien.²⁶⁶

Professio odottaa, että yhteiskunta tunnustaa sen autonomisen aseman. Yhteiskunta puolestaan odottaa, että profession tuottamat terveydenhuollon palvelut ovat korkealaatuisia ja eettisiä.²⁶⁷ Vastaamalla yhteiskunnan sille asettamiin odotuksiin professio luo Heikki Pälveen mukaan perustan luottamukselle, joka turvaa profession autonomian²⁶⁸ ja aseman sekä lääkärin kliinisen autonomian säilyttämistä.²⁶⁹

Professio valvoo itse edellytyksiään toimia tavalla, jota yhteiskunta siltä odottaa. Profession sisäinen kontrolli ja itsesäätely toteutuu ennen kaikkea kollegiaalisuuden kautta ja sen vuoksi kollegiaalisuudella on keskeinen merkitys lääkärin ammattikunnalle ja professionalismille. *Professionalismi ja*

²⁶² Lääkärin etiikka 2013, 196.

²⁶³ Lääkärin etiikka 2013, 194–196.

²⁶⁴ Pasternack 2017, 10, 17.

²⁶⁵ Lääkärin etiikka 2013, 215–216, 241.

Suomen Lääkäriliitolla ja lääketeollisuudella on omat ohjeensa lääkärin ja teollisuuden väliselle yhteistyölle. Lisäksi lääkelaisissa ja lääkeasetuksessa on säädetty yhteistyöstä ja markkinoinnista. (Lääkärin etiikka 2013, 215–216; Lääkeasetus; Lääkelaki.)

²⁶⁶ Pasternack 2017, 10, 17.

²⁶⁷ Lääkärin etiikka 2013, 194.

²⁶⁸ Heikki Pälve määrittelee *Lääkäriprofessio* -kirjassa profession autonomian vapaudeksi valtion tiukasta säätelystä. Käytännössä tämä tarkoittaa Pälveen mukaan sitä, että professio voi vapaasti säädellä omaa toimintaansa. (Pälve 2017, 28.)

Autonomia ja ammatillisuus käytännön lääkäreiden näkökulmasta -tutkimuksessa haastatellut lääkärit käsittivät autonomian tarkoittavan profession toteuttamaa itsesäätelyä yhteiskunnan hyväksi. Heidän mielestään sen enempää yksittäisen lääkärin kuin professionkaan autonomia ei tarkoita täydellistä riippumattomuutta ulkopuolisten odotuksista. (Wrede et al 2016, 40.)

²⁶⁹ Pälve 2013, 13.

kollegiaalisuus -kannanoton mukaan kollegiaalisuus turvaa toimivan ja toverillisen yhteistyön kollegojen välillä sisältäen ajatuksen oppimisesta toisilta ammattilaisilta. Yhteistyön sujuvuus on tärkeää, sillä yhden potilaan hoitaminen saattaa edellyttää eri aloihin erikoistuneiden lääkärin yhteistyötä.

Kollegiaalisuutta on paitsi kollegan auttaminen myös asiaan puuttuminen, jos kollegan suorituskky on jostakin syystä alentunut.²⁷⁰ Amos Pasternackin mukaan kollegiaalisuudessa on kysymys myös siitä, että hyväksytään erehtymisen mahdollisuus ja että tehdyt virheet käsitellään avoimesti syyllisiä etsimättä.²⁷¹

Kollegiaalisuuden ylläpitäminen on kokonaan lääkärikunnan omassa hallinnassa ja sen vuoksi professiolle erityisen tärkeää. Suomessa lääkärin ammattiliitot²⁷² valvovat kollegiaalisuutta ja sen toteutumista. Suomen Lääkäriliitolla on erilliset kollegiaalisuusohjeet²⁷³. Suomen Hammaslääkäriliiton kollegiaaliset ohjeet sisältyvät liiton eettisiin ohjeisiin²⁷⁴. Liittojen ohjeiden mukaan lääkärin kollegiaalisessa käyttäytymisessä on keskeistä kollegojen keskinäinen kunnioitus ja asialliset ja hyvät käytöstavat ammattilaisten kesken. Liittojen ohjeissa korostetaan myös, ettei kollegiaalisuuden tarkoitus ole suojella lääkäreitä puutteellisen ammattitaidon, virheellisen menettelyn tai väärinkäytöksen seurauksilta. Hammaslääkäriliiton kollegiaalisissa ohjeissa korostetaan erikseen esimiesasemassa olevan hammaslääkärin vastuuta turvata hammaslääkäriläistensä kliininen autonomia.²⁷⁵

Autonomia ja ammatillisuus käytännön lääkäreiden näkökulmasta

-tutkimuksen mukaan hyvän lääkärin toiminnan edellytetään nykyään olevan toisaalta riippumattomuutta ja itsenäistä mutta silti samanaikaisesti säädeltyä ja valvottua.²⁷⁶ Tutkimuksessa kuvataan profession tapoja toteuttaa sisäistä säätelyä

²⁷⁰ Lääkärin etiikka 2013, 197–198.

Lääkärin työkyky ja terveyspalvelujen käyttö -kannanoton mukaan kollegan tilanteeseen voi olla vaikeaa puuttua silloin, kun hänen työkykynsä on vaarantumassa tai heikentynyt esimerkiksi sairauden tai päihteiden käytön takia. Lääkärin suhtautuminen omaan työkykyyn vaihtelee eikä heidän ole helppo asettua potilaan rooliin. (Lääkärin etiikka 2013, 200–202.)

²⁷¹ Pasternack 2017, 17.

²⁷² Ammattiliittoihin, Suomen Lääkäriliitto ja Suomen Hammaslääkäriliitto, kuulumisen ei Suomessa ole profession edustajille pakollista. Lääkärin ja hammaslääkärin ammattia voi Suomessa harjoittaa ammattiliittoihin kuulumaton lainsäädännön edellyttämällä tavalla laillistettu lääkäri tai hammaslääkäri. Ammattiliittoihin kuulumattomien ammattilaisten toiminnan valvonta toteutuu vain viranomaisvalvonnan kautta.

²⁷³ Kollegiaalisuusohjeet.

²⁷⁴ Eettiset ohjeet.

²⁷⁵ Lääkärin etiikka 2013, 197, 200.

²⁷⁶ Wrede et al 2016, 33.

Lääkärin toiminnan valvonnasta on *Lääkärin etiikka* -kirjan *Lääkäri ja professio* -luvussa laaja esittely. Valvontaa toteuttavat viranomaisten ohella Suomen Lääkäriliitto ja Suomen Hammaslääkäriliitto. Viranomaisvalvontaan osallistuu Suomen Lääkäriliiton asiantuntijalääkäreitä. Kannanottojen mukaan lääkärikunnan professionaalisen autonomian

ja valvontaa sekä yhteisten etujen suojelua kollegiaalisuusohjeiden kautta ja niihin vetoamalla.²⁷⁷ Kollegiaalisuuskysymystä pidetään tutkimuksessa autonomian kannalta keskeisenä juuri siksi, että kollegiaalisuusohjeet tekevät mahdolliseksi profession tai sen jäsenten puuttumisen yksittäisten lääkäreiden toimintatapoihin ja jopa potilaan hoitoon.²⁷⁸

Professionalismi ja kollegiaalisuus -kannanoton mukaan kollegiaalisuudella on myös laajempi yhteiskunnallinen ulottuvuus. Lääkärien kollegiaalinen käyttäytyminen ylläpitää lääkärien arvostusta yhteiskunnassa ja lisää ihmisten kokemaa turvallisuuden tunnetta. Turvallisuuden tunne syntyy kannanoton mukaan siitä, että ihmiset kokevat voivansa luottaa yhteiskunnan perusrakenteisiin, joihin lääkärin ammatti ja sen harjoittajat kuuluvat.²⁷⁹

Yhteiskunnassa tapahtuneet muutokset näkyvät myös muuttuneissa arvoissa ja ne haastavat lääkäriprofession uudella tavalla. Luvun 4.2. esimerkissä hedelmöityshoidoista on kysymys muun muassa yhteiskunnassa vallitsevista arvoista ja niiden vaikutuksesta lääkärien lääketieteellisiin perustein tekemiin priorisointipäätöksiin.

Yliopistosairaaloiden johtajaylilääkärit antoivat vuonna 2015 määräyksen rajoittaa julkisessa terveydenhuollossa tarjottavia hedelmöityshoitoja vain nais- ja miespareille perustellen määräystä niukoilla resursseilla ja lääketieteellisillä syillä. Käytännössä kyse oli priorisointipäätöksestä. Laki hedelmöityshoidoista²⁸⁰ säättää kuitenkin, että naisparien ja itsellisten naisten on mahdollista saada hoitoja. Johtajaylilääkärien määräys ei ollut yhdenmukainen lainsäädännön eikä

kannalta on tärkeää, että he nauttivat ammattikunnan luottamusta (Lääkärin etiikka 2013, 170.). *Lääkäri ja professio* -luvussa kerrotaan myös ammattiliiton omasta valvonnasta, kollegiaalisuuden valvonnasta ja lääkäripalvelujen markkinoinnista. Liiton lääkäripalveluiden markkinoinnin valvontalautakunta valvoo markkinointiohjeiden noudattamista. Muissa asioissa tärkein Suomen Lääkäriliiton valvovista elimistä on luottamusneuvosto, joka on liiton valtuuskunnan asettama. (Lääkärin etiikka 2013, 203–207.)

Lääkärin etiikka -kirjassa ei ole esitelty tarkemmin Suomen Hammaslääkäriliiton toteuttamaa valvontaa, mutta siitä kerrotaan Suomen Hammaslääkäriliiton internet-sivuilla (<https://www.hammaslaakariliitto.fi/fi>).

²⁷⁷ Wrede et al 2016, 53–56.

Kollegiaalisuutta tarkasteltiin tutkimuksessa kahdesta näkökulmasta. Toisaalta haastatelluilta kysyttiin, missä kulkevat yksittäisten lääkärien rajat toisten lääkärien toimintaan puuttumiselle, ja toisaalta sitä, miten professio yksittäisten jäsentensä toimintaan puuttumalla turvaa potilaiden parasta mahdollista hoitoa. Kävi ilmi, että haastatelluille lääkäreille kollegiaalisuussäännöt olivat tuttuja. Toisaalta monet heistä kokivat vaikeaksi ottaa rakentavalla tavalla puheeksi kollegan kanssa tämän mahdollisesti tekemä hoitovirhe. Kollegojen asiantuntemusta kunnioitettiin eikä toisten lääkärien hoitopäätöksiä haluttu kyseenalaistaa etenkin silloin, jos potilaalle aiheutuvan riskin arvioitiin olevan pieni tai olematon. Viime kädessä ohjaava arvo haastateltujen puheissa ei kuitenkaan ollut kollegan suojeleminen, vaan tutkimuksen tekijöiden odotusten mukaisesti potilaiden edusta huolehtiminen. (Wrede et al 2016, 53–56, 92.)

²⁷⁸ Wrede et al 2016, 53–56.

²⁷⁹ Lääkärin etiikka 2013, 197–198.

yhteiskunnassa vallitsevien arvojen kanssa, ja yhdenvertaisuus- ja tasa-arvolautakunta puuttui asiaan. Hallinto-oikeudessa johtajaylilääkärin määräystä pidettiin naispareja syrjivänä.²⁸¹

Hedelmöityshoitoja käsitellään *Lääkärin etiikka* -kirjassa *Lapsettomuuden hoito* -kannanotossa. Kannanoton otsikko kertoo lääkärien näkökulman hoitoihin: hedelmöityshoidoilla hoidetaan lapsettomuutta. Kannanotto alkaa tahattoman lapsettomuuden ja siihen liittyvän problematiikan käsittelyllä. Lapsettomuuden hoitoa käsiteltäessä keskitytään lähes yksinomaan miehen ja naisen muodostamien parien lapsettomuuteen. Näkökulma on kannanoton alkupuolella lääketieteellinen ja sairauskeskeinen: teksti käsittelee eri syistä johtuvaa lisääntymiskyvyttömyyttä. Vasta tämän jälkeen esitellään hedelmöityshoitolakia ja hedelmöityshoitoja laajemmin.²⁸²

Kannanotto korostaa, että päätöksen hedelmöityshoitojen aloittamisesta tekee lääkäri²⁸³, eivät hoitoja hakeva pari tai itsellinen nainen. Lääkärille jää hedelmöityshoitolain muotoilusta johtuen²⁸⁴ suuri vastuu sen arvioinnissa, tuleeko hedelmöityshoidon tuloksena mahdollisesti syntyvän lapsen kehitys olemaan turvattu.²⁸⁵ Lakiteksti on muotoilu siten, että se toisaalta turvaa lääkärin kliinisen autonomian, mutta samalla asettaa lääkärin vastuuseen hoidoissa mahdollisesti alkunsa saavan lapsen hyvinvoinnista.

Johtajaylilääkärin priorisointipäätöksen perustelut olivat lääketieteelliset ja taloudelliset. Molemmat ovat ammattietiikan näkökulmasta perusteltuja. Johtavien lääkärien tulee asemansa vuoksi kiinnittää huomiota myös resurssien riittävyteen.²⁸⁶ Johtajaylilääkärin toiminta oli kuitenkin ristiriidassa paitsi lainsäädännön myös *Lääkärin etiikka* -kirjassa lääkäriprofession tuntomerkeiksi väitettyjen humanististen arvojen kunnioittamisen ja sosiaalisen oikeudenmukaisuuden toteuttamisen kanssa.²⁸⁷

²⁸⁰ Laki hedelmöityshoidoista 22.12.2006/1237.

²⁸¹ Käytäntöjä julkisessa terveydenhuollossa on hallinto-oikeuden ratkaisun jälkeen muutettu. (Lapsettomuushoidot.)

²⁸² *Lääkärin etiikka* 2013, 82–86.

²⁸³ ”Lapsettomuuden hoitoon ryhtymisestä päättää viime kädessä hoitoa tarvitseva pari tai itsellinen nainen, mutta hoitopäätöksen tekee aina hoitava lääkäri.” (*Lääkärin etiikka* 2013, 83.) ”Viime kädessä hedelmöityshoidon antamisesta päättää aina hoitava lääkäri.” (*Lääkärin etiikka* 2013, 84.)

²⁸⁴ ”Hedelmöityshoitoa ei saa antaa, jos ... 5) on ilmeistä, ettei lapselle voida turvata tasapainoista kehitystä; taikka 6) on syytä olettaa, että lapsi aiotaan antaa adoptiolapseksi.” (Hedelmöityshoitolaki 22.12.2006/1237, 8§.)

²⁸⁵ *Lääkärin etiikka* 2013, 82–86.

²⁸⁶ *Lääkärin etiikka* 2013, 175–176.

²⁸⁷ *Lääkärin etiikka* 2013, 196.

Hedelmöityshoitoesimerkissä konkretisoituu muutos, jossa lääkärin etiikka on maassamme tullut osaksi yhteiskunnallista keskustelua. Lääkäriprofession on käytävä jatkuvaa vuoropuhelua muun yhteiskunnan kanssa säilyttääkseen luottamuksen, asemansa ja autonomiansa.

Tutkimukseni tässä luvussa olen tarkastellut lääkäriprofession asemaa yhteiskunnassa ja keinoja, joilla professio pyrkii edistämään asemansa säilyttämistä. Olen tehnyt huomioita siitä, millä tavoin profession asema ja lääkärin kliininen autonomia ovat sidoksissa toisiinsa. Näkökulma eroaa edellisistä luvuista, joissa oli havaittavissa vastakkainasettelua. Suhde professioon on toisenlainen, sillä professio on jäsentensä tuki. Lääkärin kliinisen autonomian katsotaan perustuvan lääkäriprofession jäsenyyteen.

Havaitsin professiolle olevan erityisen tärkeää, että yhteiskunta ymmärtää oikealla tavalla sen aseman ja ylläpitää lääkärin kliinistä autonomiaa. Profession aseman säilyttäminen yhteiskunnassa tukee *Lääkärin etiikka* -kirjan mukaan lääkärin kliinistä autonomiaa. Jos profession asema heikkenee, vaarantuu myös yksittäisen lääkärin kliininen autonomia. Kävi ilmi, että kliinisen autonomian säilyttäminen edellyttää professiota asettamaan potilaan ja yhteiskunnan edun kaiken edelle.

Totesin professiolla olevan erilaisia keinoja, joilla se pyrkii tukemaan asemansa säilymistä ja vahvistamaan yhteiskunnan luottamusta itseään kohtaan. Tärkeimpiä näistä on professionalismismi, jonka tehtävä on varmistaa sekä potilaiden hyvä hoito että lääkärinä toimimisen mielekkyys. Toinen profession aseman säilyttämistä tukeva keino on kollegiaalisuuden kautta toteutuva profession itsesääätely ja oma valvonta.

Tarkastelussa kävi ilmi, että profession on toimittava aktiivisesti ylläpitääkseen yhteiskunnan luottamuksen. Yhteiskunnan luottamus on professiolle on tärkeä arvo. Yhteiskunnassa tapahtuvat muutokset haastavat profession jatkuvaan vuoropuheluun yhteiskunnan ja julkisen vallan kanssa. Itsesääätelynsä ja valvontansa avulla professio varmistaa, että se voi tuottaa yhteiskunnan siltä odottamat korkealaatuiset ja eettiset terveydenhuollon palvelut. Tämä toteutuu käytännön toimijoiden kautta ja mahdollistuu, kun yksittäisten lääkärin kliininen autonomia turvataan. Vastaamalla yhteiskunnan sille asettamiin odotuksiin professio luo perustan yhteiskunnan osoittamalle luottamukselle. Yhteiskunnan professiota kohtaan osoittama luottamus puolestaan turvaa profession autonomisen aseman ja lääkärin kliinisen autonomian.

5. Loppukatsaus

Asetin tutkimustehtäväkseni selvittää, miten lääkärin kliininen autonomia eli potilaan tutkimusta, diagnoosia ja hoitoa koskeva itsenäisyys ja riippumattomuus suomalaisessa lääkärin ammattietikassa kuvataan, määritellään ja perustellaan. Tutkimuksen lähteenä oli Suomen Lääkäriliiton ja Suomen Hammaslääkäriliiton yhdessä toimittaman ja Suomen Lääkäriliiton julkaiseman *Lääkärin etiikka* -kirjan vuonna 2013 ilmestynyt 7. painos. Kirjaan on kannanottojen muodossa koottu suomalaisten lääkärin ja hammaslääkärin ammattietiikan perusteet. Metodina käytin systemaattista analyysia. Analyysia vaikeutti kirjan tekstien rakenteellinen ja tyyllillinen epäyhtenäisyys. Saadakseni teksteistä paremman otteen käytin analyysin apuna teksteille esittämiäni kysymyksiä, jotka olen koonnut erilliseen liitteeseen työn loppuun.

Lääkärin etiikka -kirjaa tutkiessani huomasin yllätyksekseni, että lääkärin kliinisestä autonomiasta puhutaan kirjan teksteissä vain harvoin. Koska lääkärin itsenäisyys ja riippumattomuus ovat edellytys lääkärinä toimimiselle, olisin odottanut asiaa käsiteltävän ammattietikassa perusteellisemmin. Kannanottojen perusteella vaikutti, että asia olisi lääkärikunnan keskuudessa lausumaton selviö, mutta tämä ei Suomen Lääkäriliiton teettämän *Autonomia ja ammatillisuus käytännön lääkäreiden näkökulmasta* -tutkimuksen tulosten mukaan kuitenkaan pitänyt paikkaansa. Profession ulkopuolelta tarkasteltuna vaikutti myös ristiriitaiselta, että lääkärin kliininen autonomia edellyttää lääkärin olevan riippumaton ja itsenäinen toimija, mutta kannanotoista tekemieni havaintojen mukaan lääkäri joutuu toiminnassaan jatkuvasti ottamaan huomioon erilaisia reunaehtoja, jotka rajoittavat hänen riippumattomuuttaan ja itsenäisyyttään.

Havaitsin lääkärin kliinisen autonomian olevan sidoksissa lääkärin etiikkaan ja siksi pidin välttämättömänä perehtyä aluksi lääkärin etiikkaan. Aloitin tutkimukseni taustaluvulla, jossa tarkastelin lääkärin etiikan historiaa ja kehittymistä sekä lääkärin etiikan keskeisiä periaatteita. Selvisi, että keskeisinä pidetyt lääkärin etiikan periaatteet eivät olleet 2000-luvulle tultaessa juurikaan muuttuneet. Huomasin kuitenkin, että 1900-luvulla, erityisesti sen puolivälin jälkeen, oli tapahtunut lääkärin etiikkaa muulla tavoin muuttaneita asioita. Muutosten seurauksena lääkärin etiikan oli täytynyt kehittyä kyetäkseen vastaamaan sille esitettyihin uusiin haasteisiin. Nürnbergin oikeudenkäynnissä vuonna 1947 julki tulleet lääkärin tekemät rikokset ihmisyyttä vastaan muuttivat lääkärin etiikan painopistettä, ja vuonna 1948 Maailman lääkäriunionin hyväksymä

Geneven julistus korosti, että potilaan terveyden tuli olla lääkärille tärkeintä eikä minkään potilaan ominaisuuden saanut antaa vaikuttaa siihen, miten lääkäri suhtautui potilaaseensa. Lääkäriin etiikan muuttumiseen vaikutti merkittävästi myös lääketieteen ja teknologian nopea kehittyminen. Nopean kehityksen seurauksena tutkimus- ja hoitomenetelmät paranivat kuitenkin samalla kallistuen. Havaitsin muutosten lääkärin etiikassa johtaneen tilanteeseen, jossa lääketieteellinen paternalismi oli joutunut väistymään ja potilaan itsemääräämisoikeus ja osallistuminen olivat vahvistuneet. Yhteiskuntien pyrkimykset vaikuttaa lääkärin toimintaan olivat myös lisääntyneet.

Tutkimuksen kolmannen luvun tarkoitus oli selventää lääkärin moraalisen toimijuuden ehtoja suhteessa lääkärin kliiniseen autonomiaan ja selittää työn kannalta tärkeitä termejä ja käsitteitä. Aloitin tarkastelemalla lääkäriä moraalisen toimijana. Lääkärin toiminta on moraalista toimintaa sillä perusteella, että hän tavoittelee toiminnallaan toisten, tässä tapauksessa potilaiden, hyvän edistämistä. Totesin lääkärin moraaliseen toimijuuteen liittyvän vastuun edellyttävän, että lääkäri kykenee harkitsemaan päämääriä ja keinoja, joilla päämäärät voidaan saavuttaa. Toimijuus edellyttää myös, että lääkäri kykenee tavoittelemaan asettamiaan päämääriä omalla toiminnallaan. Esitin, että lääkäriellä on oltava koulutus ja korkea ammattitaito ja hänen tulee sitä ylläpitää voidakseen toimia moraalin edellyttämällä tavalla vastuullisesti. Esitin myös, että lääkärin on tämän lisäksi oltava itsenäinen ja riippumaton potilaan hoitoa koskevissa asioissa, jotta moraalisen toimijuuden edellytykset täyttyvät. Lääkärin autonomiaa tarkastellessani totesin edelleen, että tilanteissa, joissa potilaan itsemääräämisoikeus ja lääkärin autonomia joutuvat vastakkain, on lääkärin autonomian oltava potilaan itsemääräämisoikeutta vahvempi, sillä muuten lääkärin toimijuuden ehdot eivät täyty eikä häntä voida pitää moraalisesti vastuullisena toiminnastaan. Tämän nojalla voi sanoa lääkärin moraalisen toimijuuden ja hänen lääkärin tehtävänsä toteuttamisen edellyttävän lääkärin kliinisen autonomian.

Kolmannessa luvussa tarkastelin professioiden eli ammattikuntien määrittelyä. Selvitin, miten lääkärikunta määrittelee lääkäriprofession ja professionalismin. Havaitsin yksittäisen lääkärin autonomian olevan sidoksissa profession autonomiaan. Kävi ilmi, että yhteiskunnassamme 2000-luvulla tapahtuneiden muutosten seurauksena professioiden autonomian ajatellaan

yleisesti heikentyneen. Huomasin, että lääkäriprofessio katsoo asemansa heikentymisen voivan vaarantaa myös yksittäisen lääkärin kliinisen autonomian.

Tutkin kolmannen luvun lopuksi, mitä ammattietiikalla tarkoitetaan ja missä mielessä lääkärin etiikka on lääkärin ammattietiikkaa. Huomasin, että ammattietiikka voidaan määritellä ammatinharjoittamiseen liittyvää käytöstä sääteleväksi eettiseksi järjestelmäksi. Vahvistui, että lääkärin työssä eettinen ulottuvuus on jatkuvasti läsnä, joten lääkärin ammattietiikkaa voi kutsua tutkimuslähteeni tavoin lääkärin etiikaksi. Selvisi myös, että lääkäriprofessio Suomessa toivoo lääkärin sitoutuvan lääkärin etiikkaan toimintaansa ohjaavana normina.

Tutkimuksen toisen ja kolmannen luvun perusteella olen tullut siihen johtopäätökseen, että tarve tarkastella ja selkiyttää lääkärin kliinisen autonomian käsitettä on tullut ajankohtaiseksi yhteiskunnassa ja lääkärin etiikassa tapahtuneiden muutosten seurauksena. Lääketieteellisen paternalismin ollessa vallitseva ajattelutapa pidettiin itsestään selvänä, että lääkäri asiantuntijana tiesi parhaimmin potilaan edun ja teki päätökset potilaan puolesta. Lääkärin itsenäisyys ja riippumattomuus turvasivat potilaalle hoidon laadun eikä potilaalla ollut erityistä syytä kyseenalaistaa lääkärin hoitopäätöksiä. Yhteiskunnallakaan ei ollut ennen tutkimusten ja hoitojen kallistumista suurta tarvetta vaikuttaa lääkäriin tutkimus- ja hoitopäätöksiä ohjaillen tai niille ehtoja asettaen. Tapahtuneiden muutosten myötä lääkäriprofession autonomian ja lääkärin kliinisen autonomian perusteita ja oikeutusta on yhteiskunnassa kyseenalaistettu, joten on johdonmukaista, että näiden käsitteiden tarkastelu on koettu tarpeelliseksi myös lääkärikunnan keskuudessa.

Neljännessä luvussa, joka oli tutkimukseni keskeisin sisältöluku, tarkastelin lääkärin kliinistä autonomiaa eri näkökulmista. Tavoitteena oli selkiyttää yksittäisen lääkärin kliinisen autonomian käsitettä edelleen. Luku jakautui viiteen osaan. Aloitin tarkastelun lääkäriprofession, lainsäätäjän ja professiososiologisen tutkimuksen muotoilemista määritelmistä lääkärin kliiniselle autonomialle. Niiden pohjalta päättelin lääkärin kliinisen autonomian olevan erottamaton osa lääkärin toimintaa potilastyöhön kuuluvassa päätöksenteossa, jossa se takaa lääkärille henkilökohtaisen mahdollisuuden ja oikeuden riippumattomaan ja itsenäiseen harkintaan. Riippumattomuudelle ja itsenäisyydelle rajoitteen asettivat ainoastaan vaatimus päätösten perustumisesta ajantasaiseen lääketieteelliseen tietoon ja lääketieteen etiikan asettamien rajojen huomioimisesta. Mikään muu seikka ei

saanut vaikuttaa lääkärin päätöksentekoon potilastyössä. Totesin kuitenkin, että lääkärin oli otettava huomioon muun muassa potilaslain säädökset potilaan oikeuksista ja itsemääräämisestä. Selvisi, että kannanotot korostivat lääkärin kliinisen autonomian merkitystä potilas-lääkärisuhteen luottamuksen perustana. Sen sijaan lääkärin kliinisen autonomian merkitystä lääkärin moraalisen toimijuuden ja tehtävän toteuttamisen edellytyksenä ei tuotu kannanotoissa esiin.

Neljännän luvun toiseen osaan olin koonnut esimerkkejä tilanteista, joissa toiset toimijat voivat yrittää vaikuttaa lääkärin riippumattomuuteen ja itsenäisyyteen. Esimerkkitapausten avulla valaisin seuraavissa luvuissa lääkärin kliinisen autonomian merkitystä lääkärityössä pyrkien soveltamaan tapauksiin kannanotoissa annettuja ohjeita.

Pääosa neljännessä luvusta keskittyi lääkärin kliinisen autonomian tarkasteluun kannanotoissa kolmen eri näkökulman kautta: potilaan, lääkärin toimintaympäristön ja lääkäriprofession. Pidin perusteltuna aloittaa tarkastelu lääkärin kliinisen autonomian suhteesta potilaaseen, sillä lääkärin kliinisen autonomian tarkoitus on turvata lääkärin riippumattomuus ja itsenäisyys nimenomaan toiminnassa potilaan hyvän edistämiseksi.

Tarkastelussani havaitsin, että kannanotoissa korostuivat potilaan oikeudet suhteessa lääkäriin. Potilaalle kuuluvista vastuista tai velvollisuuksista ei puhuttu. Havaitsin myös, että potilas-lääkärisuhdetta käsiteltäessä lääkärin kliininen autonomia sai vähän huomiota. Lisäksi sitä koskevat tekstikohdat olivat usein vaikeasti tulkittavia ja epäselviä, ja tarkastelu keskittyi ennen muuta potilaan autonomian ja lääkärin kliinisen autonomian rajapintoihin. Tämä vaikutti oudolta sen valossa, että kannanotot korostivat lääkärin kliinistä autonomiaa luottamuksellisen potilas-lääkärisuhteen edellytyksenä.

Havaintojeni perusteella *Lääkärin etiikka* -kirjassa korostuivat nimenomaan lääkärin vastuut ja velvollisuudet hänen suhteessaan potilaaseen. Huomasin, että lääkärin roolissa kuva yksinäisestä vastuunkantajasta oli hallitseva. Näin suuren ammatillisen vastuun korostaminen on mielenkiintoista ja jossain määrin ristiriitaista, sillä nykypäivän terveydenhuollossa toimitaan yleensä moniammatillisissa tiimeissä.

Lääkärin toimintaympäristön ja kliinisen autonomian suhteen tarkastelu neljännessä luvun osassa neljä johti kiinnostavaan havaintoon. Toisin kuin lääkärin kliinisen autonomian suhteesta potilaaseen ei kliinisen autonomian suhteesta toimintaympäristöön peitelty kliiniseen autonomiaan kohdistuvia uhkia tai

rajoittamispyrkimyksiä. Mahdollisia ristiriitatilanteita kuvattiin avoimesti. Huomasin myös, että kannanotot antoivat useita selkeitä ja yksiselitteisiä ohjeita, miten lääkärin tulisi toimia kokiessaan toimintaympäristönsä vaarantavan kliinisen autonomian. Kannanotot korostivat lääkärin itsenäisyyttä ja riippumattomuutta työskentelyorganisaatiosta. Niissä kuvattiin ristiriitatilanteita, joita voi syntyä, kun hoitoja halutaan rajoittaa esimerkiksi taloudellisin perustein. Havaitsin, että yhteiskunnassa ja terveystalouden järjestelmässä tapahtuneiden muutosten katsottiin lisänneen painetta tehdä kompromisseja ja priorisoida, mikä voi vaarantaa lääkärin riippumattomuutta ja itsenäisyyttä potilasta hoidettaessa.

Lääkärin kliinisen autonomian ja hänen toimintaympäristönsä välisen suhteen tarkastelussa huomasin puhuttavan hoitotapahtuman ulkopuolelta määräytyvistä reunaehdoista. Kannanotot eivät määritelleet tarkemmin, mitä reunaehdoilla tarkoitettiin. Ymmärsin kuitenkin, että kannanotoissa ei ajateltu niiden yleensä vaarantavan lääkärin kliinistä autonomiaa. Silti lääkärin tuli ottaa ne huomioon osana hoitopäätöksen tekoon liittyvää harkintaa. Kannanotoista kävi ilmi, että esimerkiksi resurssien rajallisuus voi rajoittaa lääkärin kliinistä autonomiaa siten, että lääkäri ei voi aina tarjota potilaalleen parasta mahdollista hoitoa, vaikka pitäisikin sitä lääketieteellisesti perustelluimpana.

Totesin lääkäriä vastuullistettavan suhteessa toimintaympäristöönsä. Havaitsin tässä korostuvan erityisesti lääkärin vastuun potilaiden suojelijana ja heidän etujensa valvojana. Lääkärin vastuu laajeni käsittämään potilaat suurempana ryhmänä, jopa koko väestönä.

Neljännessä luvussa tarkastelin lääkäriprofession ja yksittäisen lääkärin kliinisen autonomian välistä suhdetta. Totesin, että lääkärin kliinistä autonomiaa pidettiin profession jäsenille kuuluvana jäsenyyteen perustuvana oikeutena. Selvisi, että profession oli kuitenkin ensisijaistettava potilaan ja yhteiskunnan etu oman etunsa edelle voidakseen säilyttää lääkärin kliinisen autonomian. Havaitsin lääkärin kliinisen autonomian olevan sidoksissa profession asemaan yhteiskunnassa siten, että profession aseman heikentyessä myös lääkärin kliininen autonomia on vaarassa heikentyä. Professionille oli näin ollen tärkeää tukea asemansa säilymistä. Havaitsin, että yhteiskunnan luottamus professioon edisti profession aseman säilyttämistä. Tämä edellytti professiolta aktiivista toimintaa. Totesin professiolla olevan erilaisia keinoja, joilla se pyrki vahvistamaan yhteiskunnan luottamusta. Näistä tärkeimmiksi osoittautuivat professionalismismi, jonka katsottiin varmistavan potilaiden hyvän hoidon ja lääkärinä toimimisen

mielekkyyden, ja kollegiaalisuus, joka kuvattiin profession itsesäätelyn ja omavalvonnan välineenä.

Kollegiaalisuusohjeiden tarkastelussa selvisi, että ne tekivät mahdolliseksi ja tietyissä tilanteissa myös velvoittivat lääkäriä puuttumaan kollegansa toimintaan. Huomasin, että kollegiaalisuuden nimissä lääkäri sai puuttua toisen lääkärin kliiniseen autonomiaan sitä rajoittaen. Totesin kollegiaalisuuden kautta tapahtuvan itsesäätelyn ja omavalvonnan varmistavan, että professio kykeni vastaamaan yhteiskunnan sille asettamiin odotuksiin.

Tutkimukseni valossa *Lääkärin etiikka* -kirja ei tarjonnut selkeää ja yksiselitteistä määritelmää lääkärin kliiniselle autonomialle. Kannanotot korostivat kliinisen autonomian keskeistä roolia potilas-lääkärisuhteen luottamuksen takaajana, mutta suhteessa potilaaseen puhe lääkärin kliinisestä autonomiasta jäi usein piiloon, ikään kuin rivien väliin. Käytännössä lääkärin kliinistä autonomiaa rajoitti ainoastaan lääkärin velvoite kunnioittaa potilaan tahtoa hänen kieltäytyessään tutkimuksista tai hoidosta. Sen sijaan lääkärin kliinisen autonomian suhteessa lääkärin toimintaympäristöön vastakkainasettelu oli selvä ja kannanotoissa korostuivat monenlaiset lääkärin kliinistä autonomiaa mahdollisesti vaarantavat tekijät.

Kannanottojen analyysin perusteella *Lääkärin etiikka* -kirjassa pidettiin lääkärin ja lääkärikunnan luotettavuutta ja lääkärin roolia vastuunkantajana tärkeämpinä kuin lääkärin kliinistä autonomiaa. Lääkärin moraalisen toimijuuden ehdot eivät kuitenkaan täyty ellei lääkäriellä ole kliinistä autonomiaa, kuten tutkimukseni kolmannessa luvussa osoitin.

Tutkimukseni perusteella luottamus ja erityisesti yhteiskunnan luottamus professioon oli lääkäriprofession keskeinen arvo. Jokainen yksittäinen lääkäri voi toiminnallaan edistää tämän luottamuksen säilyttämistä ja ylläpitämistä. Esitän, että yksittäisen lääkärin rooli hahmottuu selkeämmin, kun erotetaan toisaalta potilaan luottamus yksittäiseen lääkäriin, joka edistää potilaan hyvää kliiniseen autonomiaansa tukeutuen, ja toisaalta yhteiskunnan luottamus professioon, joka aktiivisesti toimimalla huolehtii yhteiskunnan sille antaman tehtävän ja sille asetettujen odotusten täyttämisestä. Yksittäisen lääkärin kliininen autonomia mahdollistuu sen luottamuksen kautta, joka yhteiskunnalla on professioon. Yksittäisten lääkäreiden on välttämätöntä kantaa vastuunsa profession edustajina sitoutumalla profession yhteisiin periaatteisiin ja ammattietiikkaan, sillä juuri he tekevät kliinisen autonomiansa varassa niitä potilaiden tutkimusta,

diagnoosia ja hoitoa koskevia päätöksiä, joiden kautta professio yhteiskunnan sille antamaa tehtävää hoitaa. Esitän edelleen, että korostamalla lääkärin vastuuta ja velvoitteita professio edistää jäsentensä sitoutumista ammatin yhteisiin käytänteisiin ja etiikkaan varmistaen samalla, että yhteiskunnan antaman tehtävän toteuttamisen edellytykset säilyvät.

Lääkärin kliinisen autonomian määrittelyä koskeva johtopäätökseni on, että käsitteen määrittely lääkärin ammattietiikassa on nykyisellään riittämätön. Neljännen luvun alussa muotoilemassani määritelmässä riippumattomuutta ja itsenäisyyttä rajoittaviksi vaatimuksiksi esitin, että niiden oli perustuttava ajantasaiseen lääketieteelliseen tietoon ja niissä oli huomioitava rajat, jotka lääketieteen etiikka asetti. Tutkimukseeni perustuen esitän, että määritelmää on syytä laajentaa. On tarpeen selkiyttää, mitä tarkoitetaan muun muassa hoitotapahtuman ulkopuolelta määräytyvillä reunaehdoilla, ja millä tavoin ne voivat rajoittaa lääkärin kliinistä autonomiaa. Kannanotoissa todetaan, että esimerkiksi resurssien rajallisuus voi vaarantaa lääkärin kliinisen autonomian. On selvää, että tällaiset asiat tavalla tai toisella vaikuttavat lääkärin päätöksiin, sillä hän joutuu ottamaan ne huomioon harkinnassaan. On kysyttävä, onko lääkäri silloin itsenäinen ja riippumaton, ja täytyvätkö moraalisen toimijuuden ehdot.

Muutokset yhteiskunnassa ja terveystalvvelujärjestelmässä tulevat jatkumaan eikä ole odotettavissa, että resurssipaineet terveydenhuollossa helpottuisivat. Pyrkimykset vaikuttaa lääkärin kliiniseen autonomiaan tuskin vähenevät. Tämä tutkimus on suppea katsaus 2010-luvun suomalaisen lääkärin ammattietiikkaan lääkärin kliinisen autonomian näkökulmasta. Sen nojalla pidän kuitenkin perusteltuna esittää, että lääkärin kliinisen autonomian käsitteen selkeämpi määrittely ja sen rajojen perusteellisempi tarkastelu jatkotutkimuksen muodossa olisi hyödyksi niin lääkäritoimijoille ja professiolle kuin yhteiskunnallekin, ja voisi edistää osapuolten välisen luottamuksen ylläpitämistä.

6. Liitteet

Tekstien analyysissa käytetyt kysymykset

Mikä on lääkärin etiikan asema kannanotossa? Normittaaako lääkärin etiikka?

Mihin lääkärin etiikan perusarvoihin kannanotossa vedotaan?

Millaisen kuvan lääkäristä kannanoton perusteella saa?

Millaisena toimijana lääkäri nähdään kannanotossa?

Millaisen kuvan potilaasta kannanoton perusteella saa?

Onko lääkärin etiikan kannanotossa antama kuva realistinen? Ovatko annetut ohjeet sovellettavissa todellisuuteen?

Esiintyykö kannanotossa konditionaaleja? Mitä niiden avulla mahdollisesti jätetään sanomatta?

Havaitaanko kannanotoissa jaottelua hyvään / pahaan tai oikeaan / väärään?

7. Lähde- ja kirjallisuusluettelo

7.1. Lähteet ja apuneuvot

Lääkärin etiikka

2013 Lääkärin etiikka. 7. p. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto.

Hallamaa, Jaana

2013 Etiikan merkitys lääkärin työssä. – Lääkärin etiikka. 7. p. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto. 21-24.

Kielitoimiston sanakirja

2020 Kielitoimiston sanakirja. Helsinki: Kotimaisten kielten keskuksen verkkojulkaisuja 35. URN:NBN:fi:kotus-201433.
<https://www.kielitoimistonsanakirja.fi>. Päivitettävä julkaisu. Päivitetty 24.2.2020. Viitattu 10.3.2020.

Launis, Veikko

2013 Lääkintä- ja hoitoetiikan peruseriaatteet. – Lääkärin etiikka. 7. p. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto. 25-29.

Pelkonen, Risto

2013 Potilas ja lääkäri. – Lääkärin etiikka. 7. p. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto. 15-17.

Pälve, Heikki

2013 Etiikka ja professio. – Lääkärin etiikka. 7. p. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto. 11-14.

Tieteen termipankki

- Tieteen termipankki: Filosofia:autonomia.
<https://tieteentermipankki.fi/wiki/Filosofia:autonomia>. Viitattu 16.1.2019.
- Tieteen termipankki: Filosofia:medikalisaatio.
<https://tieteentermipankki.fi/wiki/Filosofia:medikalisaatio>. Viitattu 2.1.2020.

7.2. Kirjallisuus

7.2.1. Painettu kirjallisuus

Ajokorttilaki

2011 Ajokorttilaki 29.4.2011/386. Saatavilla Finlex -tietokannasta.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2011/20110386#L3P21>. Viitattu 26.1.2020.

Ammattietiikka työn perustana.

- Ammattietiikka työn perustana. – Suomen Lääkäriliitto.
<https://www.laakariliitto.fi/liitto/etiikka/>. Viitattu 17.1.2019.

Ampuma-aselaki

- 1998 Ampuma-aselaki 9.1.1998/1. Saatavilla Finlex -tietokannasta.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1998/19980001#L5P45>. Viitattu 26.1.2020.

Airaksinen, Timo

- 1992 Ammattien etiikan filosofiset perusteet. – Ammattien ja ansaitsemisen etiikka. Näkemyksiä ammattien, johtamisen ja liike-elämän arvoista. Toim. T. Airaksinen. Helsinki: Yliopistopaino.
1993 Moraalifilosofia. 3.p. Porvoo: WSOY.

Beauchamp, Tom L., Childress James F.

- 2013 Principles of Biomedical Ethics. 7th ed. New York and Oxford: Oxford University Press.

Dworkin, Gerald

- 1988 The Theory and Practice of Autonomy. Cambridge: Cambridge University Press.

Eettiset ohjeet

- Eettiset ohjeet. – Suomen Hammaslääkäriliitto.
<https://www.hammaslaakariliitto.fi/fi/tyoelama/hammaslaakarin-etiikka/eettiset-ohjeet#.Xi3y7ntS-jQ>. Viitattu 26.1.2020.

Ekholm, Virpi

- 2018 Potilas vai asiakas? – Suomen Lääkärilehti 73. 2928–2929.

Genomilaki

- Genomilaki. – Eduskunta.
https://www.eduskunta.fi/FI/naineduskuntatoimii/kirjasto/aineistot/kotimainen_oikeus/LATI/Sivut/genomilaki.aspx. Viitattu 7.7.2020.

Hallamaa, Jaana

- 2017 Yhdessä toimimisen etiikka. Tallinna: Gaudeamus Oy.

Hampaan juurihoito

- 2016 Hampaan juurihoito. – Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavilla Internetissä: www.kaypahoito.fi. Viitattu 15.10.2019.

Johtajaylilääkärin määräys hedelmöityshoidoista oli naispareja syrjivä

- 2019 Johtajaylilääkärin määräys hedelmöityshoidoista oli naispareja syrjivä. – Helsingin hallinto-oikeus 6.3.2019.
<https://oikeus.fi/hallintooikeudet/helsinginhallinto-oikeus/fi/index/tiedotteet/2019/03/johtajaylilaakaranmaarayshedelmoityshoidoistaolainaisparejasyrjiva.html>. Viitattu 15.10.2019.

Kansalaisoikeuksia ja poliittisia oikeuksia koskeva kansainvälinen yleissopimus
1976 Kansalaisoikeuksia ja poliittisia oikeuksia koskeva kansainvälinen
yleissopimus 8/1976. Saatavilla Finlex -tietokannasta.
https://www.finlex.fi/fi/sopimukset/sopsteksti/1976/19760008/19760008_2#idp446415840. Viitattu 23.2.2019.

Karies (hallinta)

2014 Karies (hallinta). – Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran
Duodecimin ja Suomen Kardiologisen Seuran asettama työryhmä.
Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavilla Internetissä:
www.käypähoito.fi. Viitattu 15.10.2019.

Karppinen, Kaisa

2019 Onko asiakas korvannut potilaan terveydenhuollossa? – Kielikello 3/2019.
<https://www.kielikello.fi/-/onko-asiakas-korvannut-potilaan-terveydenhuollossa->. Viitattu 10.3.2020.

KKO:2019:98

2019 KKO:2019:98. – Ennakkopäätökset. Korkein oikeus.
<https://www.edilex.fi/kko/ennakkopaatokset/20190098>. Viitattu
3.11.2019.

Kollegiaalisuusohjeet

– Kollegiaalisuusohjeet. – Suomen Lääkäriliitto.
<https://www.laakariliitto.fi/laakarin-tietopankki/kuinka-toimin-laakarina/kollegiaalisuusohje/>. Viitattu 26.1.2020.

Laki hedelmöityshoidoista

2006 Laki hedelmöityshoidoista 22.12.2006/1237. Saatavilla Finlex -
tietokannasta.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2006/20061237#L1P1>. Viitattu
28.1.2020.

Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta

1999 Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 9.4.1999/488. Saatavilla Finlex -
tietokannasta. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990488>.
Viitattu 23.2.2019.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista

1992 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Saatavilla Finlex -
tietokannasta.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=potilaan%20asema#L2P6>. Viitattu
15.1.2019.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä

1994 Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559. Saatavilla
Finlex -tietokannasta.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559#L4>. Viitattu
18.3.2019.

Lapsettomuushoidot

- Lapsettomuushoidot. – HUS.
<https://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/naistentaudit/lapsettomuushoidot/Sivut/default.aspx>. Viitattu 8.7.2020.

Launis, Veikko

- 2010 Itsemääräämisoikeus ja paternalismi terveydenhuollossa. –
Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 47. 136–139.

Lehtonen, Toni

- Lääketieteen lisensiaatit työelämässä. – Ammattinetti.
<http://www.ammattinetti.fi/artikkelit/detail/0c61e3450a65344601439636c0bab9b2?link=true>. Viitattu 20.2.2019.

Liitto edunvalvojana, asiantuntijana ja vaikuttajana

- Liitto edunvalvojana, asiantuntijana ja vaikuttajana. – Suomen
Hammaslääkäriliitto. <https://www.hammaslaakariliitto.fi/fi/liiton-toiminta/liitto-edunvalvojana-asiantuntijana-ja-vaikuttajana#.XuotDL9S9R0>. Viitattu 17.6.2020.

Lindqvist, Martti

- 1978 Medisiinisen etiikan luonne ja tehtävä. – Medisiinisen etiikan
peruskysymyksiä. 2.p. Toim. M. Lindqvist et al. Kansanterveystieteen
julkaisuja M41/78. Tampere: Tampereen yliopiston kansanterveystieteen
laitos. 3–23.

Louhiala, Pekka & Hemilä, Harri

- 2005 Näyttöön perustuva lääketiede – hyvä renki mutta huono isäntä. –
Duodecim 121. 1317–1325.

Louhiala, Pekka & Launis, Veikko

- 2009 Parantamisen ja hoitamisen etiikka. Helsinki: Edita Prima Oy.

Lääkeasetus

- 1987 Lääkeasetus 24.7.1987/693. Saatavilla Finlex -tietokannasta.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870693?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=l%C3%A4%C3%A4keasetus>. Viitattu 2.2.2020.

Läkelaki

- 1987 Läkelaki 10.4.1987/395. Saatavilla Finlex -tietokannasta.
<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1987/19870395?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=1987%2F395>. Viitattu 2.2.2020.

Lääkärinvala

- Lääkärinvala. – Suomen Lääkäriliitto.
<https://www.laakariliitto.fi/laakariliitto/etiikka/laakarinvala/>. Viitattu 31.12.2019.

Lääkärit yhdessä potilaan parhaaksi

- Lääkärit yhdessä potilaan parhaaksi. – Suomen Lääkäriliitto.
<https://www.laakariliitto.fi/laakariliitto/>. Viitattu 17.6.2020.

Malik, Kenan

- 2016 Moraalin suuntaa etsimässä. – Etiikan maailmanhistoria. Tallinna:
Eurooppalaisen filosofian seura ry / *niin & näin*.

Myllymäki, Kati

- 2018 Autonomia on etuoikeus. – Suomen Lääkärilehti 73. 2469–2470.

Niiniluoto, Ilkka

- 2003 Ihminen medikalisaation pihdeissä. – Duodecim 119. 1857–1862.

Oker-Blom, Max

- 2000 Lääkärintoimi ja sen etiikka. Näköispainos vuonna 1911 ilmestyneestä
ensimmäisestä painoksesta. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.

Pasternack, Amos

- 2017 Lääkäriprofessio ja professionalismi lääkärin työssä – ihanne ja ongelmat.
– Lääkäriprofessio. Toim. A. Pasternack et al. Helsinki: Kustannus Oy
Duodecim. 9–26.

Pelkonen, Risto

- 2003 Unelmia paremmasta maailmasta. – Suomen Lääkärilehti 58. 2679–2681.
2015 Hyväksi lääkäriksi kasvaminen. – Arkkiatri Risto Pelkonen juhlapuhe
seminaarissa ”375 vuotta lääketieteen koulutusta Helsingin yliopistossa”
Helsingissä Biomedicumissa 22.10.2015. [https://blogs.helsinki.fi/medi-
peda/files/2015/01/Arkkiatri-Risto-Pelkonen-
L%C3%83%C2%A4%C3%83%C2%A4k%C3%83%C2%A4riksi-
kasvaminen-375-juhlapuhe.pdf](https://blogs.helsinki.fi/medi-peda/files/2015/01/Arkkiatri-Risto-Pelkonen-L%C3%83%C2%A4%C3%83%C2%A4k%C3%83%C2%A4riksi-kasvaminen-375-juhlapuhe.pdf). Viitattu 11.3.2020.

Pelkonen, Risto & Louhiala, Pekka

- 2011 Etiikka on keskustelua lääkärin työn arjessa. – Lääkäriksi. Toim. A.
Pasternack et al. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy. 36–53.

Pietarinen, Juhani

- 1995 Lääkintä- ja hoitoetiikan keskeiset periaatteet. – Lääkintä- ja hoitoetiikka.
Toim. V. Launis. Helsinki: Painatuskeskus. 33–54.

Pylkkänen, Kari

- 2000 Potilaan asema ja oikeudet. – Lääkärintyö ja laki. Toim. K. Koskenvuo.
Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 66–72.

Pälve, Heikki

- 2017 Lääkäri yhteiskunnan palvelijana. – Lääkäriprofessio. Toim. A. Pasternack
et al. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 27–35.

Saarni, Samuli

- 2018 Potilasta pitää hoitaa asiakaslähtöisesti, asiakasta ei. – Suomen
Lääkärilehti 73. 2556–2557.

Saxén, Heikki & Saxén Salla

2016 Terveysthuollon priorisointi nousee pintaan. – Sic! Lääketietoa Fimeasta. https://sic.fimea.fi/arkisto/2016/4_2016/vain-verkossa/terveydenhuollon-priorisointi-nousee-pintaan. Viitattu 3.1.2020.

Soininen, Miia

2017 Oletko reseptiautomaatti tai pelinappula? – Suomen Lääkärilehti 72. 12–15.

Tenku, Jussi

1981 Vanhan- ja keskiajan moraalifilosofian historia. Helsinki: Gaudeamus.

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos

– Historia. <https://thl.fi/thl/mika-on-thl/historia>. Viitattu 27.12.2019.

Terveysthuollon palveluvalikoimaneuvosto PALKO

– Palveluvalikoimaneuvoston tehtävät. – Palveluvalikoima. <https://palveluvalikoima.fi/tehtavat>. Viitattu 4.1.2020.

Toiviainen, Hanna

2007 Konsumerismi, potilaiden ja kuluttajien aktiivinen toiminta sekä erityisesti lääkäreiden kokemukset ja näkemykset potilaista kuluttajina. Tutkimuksia 160. Stakes. Vaajakoski: Gummerus kirjapaino Oy. Diss. Helsinki.

Työn perustana vahva ammattietiikka

– Työn perustana vahva ammattietiikka. – Suomen Lääkäriliitto. <https://www.laakariliitto.fi/laakariliitto/etiikka/>. Viitattu 8.7.2020.

Yhtenäisyys- ja tasa-arvolautakunta

2016 Yhtenäisyys- ja tasa-arvolautakunta: naispareja ei saa syrjiä julkisen terveydenhuollon hedelmöityshoidoissa. – Yhtenäisyys- ja tasa-arvolautakunnan tiedote 8/2016. https://www.yvtltk.fi/material/attachments/ytltk/tiedotteet/A3OvYMg2R/Tiedote_8_2016.pdf. Viitattu 10.10.2020.

Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019

2019 Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2019. – Sosiaali- ja terveystministeriön julkaisu 2019:2. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/161496/STM_J02_Yhtenaisen%20kiireettoman%20hoidon%20perusteet.pdf?sequence=4&isAllowed=y. Viitattu 4.1.2020.

Wahlman-Calderara, Tuula & Meurman, Jukka H.

2018 Ethics in Biomedical Research. – Translational Oral Health Research. Ed. J.H. Meurman. Cham: Springer International Publishing. 159–168.

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveystalan eettinen neuvottelukunta ETENE

– Terveysthuollon valinnat. – ETENE. <https://etene.fi/terveydenhuollon-valinnat>. Viitattu 3.1.2020.

WMA Declaration of Geneva

- WMA Declaration of Geneva. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-geneva/>. Viitattu 12.1.2019.

WMA Declaration of Helsinki

- WMA Declaration of Helsinki – Ethical principles for medical research involving human subjects. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>. Viitattu 12.1.2019.

WMA History

- Who we are / History – The Story of the WMA. Background and preliminary organisation. – The World Medical Association. <https://www.wma.net/who-we-are/history/>. Viitattu 11.1.2019.

Wrede, Sirpa et al.

- 2016 Autonomia ja ammatillisuus käytännön lääkäreiden näkökulmasta. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto. https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/5119/sll_autonomia_raportti_30012017.pdf. Viitattu 3.1.2020

Äärimaa, Markku

- 2005 Etiikka ja professio. – Lääkärin etiikka. 6. p. Helsinki: Suomen Lääkäriliitto. 12-14.

7.2.2. Artikkelit sanomalehdissä ja internetin uutissivustoilla

Johtajaylilääkärit kieltävät syrjineensä naispareja hedelmöityshoidoissa

- 2016 Johtajaylilääkärit kieltävät syrjineensä naispareja hedelmöityshoidoissa: sama hoitolinjaus koskee myös heteropareja. – Yle uutiset 22.12.2016. <https://yle.fi/uutiset/3-9368438>. Viitattu 10.10.2020.

Manninen, Mari

- 2018 Potilaat valehtelevat lääkärille eniten seksistä, alkoholista ja elintavoista. – Helsingin Sanomat 18.9.2018. <https://www.hs.fi/kotimaa/art-2000005832169.html>. Viitattu 3.11.2019.

Repo, Päivi

- 2019 Asiantuntija: Kunnat säästävät perusterveydenhuollosta, koska voivat, ja se johtaa nurinkuriseen ja kalliiseen systeemiin. – Helsingin Sanomat 21.10.2019. <https://www.hs.fi/kotimaa/art-2000006280539.html>. Viitattu 18.11.2019.

Sievälä, Anna

- 2016 Terveyskeskuslääkäri tuomittiin kuolemantuottamuksesta. – Karjalainen 24.10.2016. <https://www.karjalainen.fi/uutiset/uutis-alueet/kotimaa/item/120630>. Viitattu 15.10.2019.

Vainio, Sara

2019 Nuori lääkäri avautui uuvuttavasta työstään ja sai aikaan vastausten tulvan: "Haluan, että ihmiset ymmärtävät, miksi lääkärit eivät jää terveystieteiden keskuksiin". – Helsingin Sanomat 20.10.2019. <https://www.hs.fi/kotimaa/art-2000006279162.html>. Viitattu 11.11.2019.

Viljakainen, Miika

2016 30-vuotias lääkäri ei saanut suostuteltua potilasta ajoissa hoitoon. Potilas kuoli ja lääkäri tuomittiin kuolemantuottamuksesta. – Ilta-Sanomat 25.10.2016. <https://www.is.fi/kotimaa/art-2000001938446.html?ref=rss>. Viitattu 15.10.2019.

7.2.3. Painamaton kirjallisuus

Suomen Hammaslääkäriliiton eettisen valiokunnan kokousmuistiinpanot vuosilta 2016–2019. Tekijän hallussa, Kirkkonummi.